
ESCOLA NACIONAL DE SAÚDE PÚBLICA
UNIVERSIDADE NOVA DE LISBOA



X CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA
ESPECIALIZAÇÃO EM POLÍTICAS E ADMINISTRAÇÃO DE SAÚDE

METODOLOGIA DA DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES
NO PLANEAMENTO REGIONAL DE SAÚDE:
uma proposta.

RAQUEL EUSÉBIO PEREIRA

ORIENTADOR: PROFESSOR DOUTOR ANTÓNIO TAVARES

LISBOA, 15 DE SETEMBRO DE 2011

Half the job of decision-making is deciding how to decide.

Ellen Gottesdiener

AGRADECIMENTOS

Nas linhas que se seguem quero expressar o mais profundo e sincero agradecimento às pessoas que permitiram a concretização deste trabalho.

Ao Professor Doutor António Tavares, pela mestria na área do planeamento em saúde, pelo incentivo e confiança que depositou e pela permanente disponibilidade e dedicação da sua orientação.

À Dra. Ana Dinis pela sua contribuição valiosa, pelo rigor que imprimiu a este trabalho, pelo tanto que me ensinou e, acima de tudo, pela amizade.

À Professora Doutora Carla Nunes pelo seu apoio, disponibilidade e simpatia.

À Dra. Maria Manuel Marques, pela amabilidade em ser a minha revisora oficiosa.

Ao Fred pela tradução, pela presença e pelo abraço.

À Luísa e à Raquel, companheiras de aventura do X Curso de Mestrado em Saúde Pública, que tornaram o regresso aos bancos da escola tão mais divertido.

À Ana, Rui, avó Cila, mãe Margarida, São, Joana e Elsa pelas palavras de incentivo e por acreditarem.

À tia Amélia e à Luísa, por estarem sempre ao pé de mim.

Aos avós Marta e Fernando, a minha referência.

À minha mãe, até à lua.

Ao Gonçalo, mais que à vida.

RESUMO

O estabelecimento de prioridades determina a sustentabilidade de qualquer sistema de saúde, pelo que urge identificar os procedimentos, metodologias e critérios de priorização. Não existem critérios nem métodos universais de os combinar, sendo que a sua seleção depende do contexto de aplicação. O presente projeto de estudo exploratório-descritivo tem por finalidade a criação de uma proposta de metodologia a adotar na determinação de prioridades do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016, contextualizada à região, tempo e circunstâncias. O estudo está organizado em duas etapas metodológicas: uma revisão bibliográfica, dirigida à identificação do método e dos critérios de determinação de prioridades, e a realização de um painel de Delphi, para validação do método de determinação de prioridades proposto, definição dos critérios e suas ponderações. Tendo sido encontrada evidência na literatura sobre as vantagens da utilização da Análise Multicritério da Tomada de Decisão, através da utilização do Método Aditivo Linear, na determinação de prioridades em saúde, foi selecionada esta metodologia, que obteve a concordância de 85% dos participantes para a sua utilização no contexto em estudo, na primeira ronda do painel de Delphi. Os resultados preliminares do estudo, obtidos na primeira ronda, mostram que um dos onze critérios propostos foi excluído, tendo sido sugeridos sete novos critérios pelos participantes, que serão sujeitos a análise nas rondas subsequentes. Os resultados obtidos poderão servir de base a estudos mais aprofundados nesta área e contribuir para o debate sobre os critérios subjacentes ao processo de determinação de prioridades em saúde.

Palavras-chave: planeamento da saúde, planeamento regional de saúde, determinação de prioridades, critérios de priorização, Análise Multicritério da Tomada de Decisão.

ABSTRACT

Priority setting determines the sustainability of all health systems, stressing the need of identifying procedures, methodologies and prioritization criteria. There are no criteria neither universal combination methods for establishing priorities, as their selection is dependent of the context they are developed for. This exploratory-descriptive study aims to propose a methodology to approach priority setting in the Regional Health Plan of Lisbon and Tagus Valley 2011-2016, taking into account the regional timeframe and circumstances. The study is organized in two distinct methodological phases: a literature review to identify methods and criteria for determining priorities and a Delphi panel to validate the proposed method of determining priorities, their definition and weight. The literature showed positive evidence for the use of Multicriteria Decision Analysis, using the Linear Additive Method, in determining health priorities. This methodology was selected and obtained a concordance of 85% amongst the participants for its use in the context of the health plan, in the first round of the panel. The preliminary results of the study at the first round of the panel show that one of the eleven proposed criteria was excluded, and seven new were suggested by the participants, and will be subjected to new subsequent rounds. The results can be the basis for more profound studies addressing this issue and contribute to the debate on the underlying criteria in the process of setting health priorities.

Key words: health planning, regional health planning, priority setting, prioritization criteria, Multicriteria Decision Analysis.

ÍNDICE

Índice de Anexos.....	vii
Lista de Quadros.....	viii
Lista de Figuras.....	ix
Lista de Siglas e Acrónimos.....	x
Lista de Abreviaturas.....	xi
 Parte I – Introdução.....	 1
 Parte II – Enquadramento Conceptual	
2.1 Planeamento da saúde.....	3
2.2 Planeamento da saúde em Portugal.....	9
2.3 Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016.....	11
2.4 Determinação de prioridades em saúde.....	13
2.5 Critérios de determinação de prioridades em saúde.....	29
2.6 Métodos de determinação de prioridades.....	40
2.7 Análise Multicritério da Tomada de Decisão.....	49
 Parte III – Metodologia	
3.1 Definição da problemática.....	60
3.2 Objetivos do estudo.....	60
3.3 Desenho do estudo.....	61
3.4 Definição e operacionalização das variáveis.....	64
3.5 Métodos e técnicas de recolha de dados.....	64
3.6 Pré-teste.....	65
3.7 Seleção da amostra.....	66
3.8 Operacionalização dos procedimentos.....	66
 Parte IV – Resultados	
4.1 Resultados gerais.....	68
4.2 Análise estatística descritiva.....	68
4.3 Análise de conteúdo.....	71
 Parte V – Discussão	
5.1 Discussão metodológica.....	74
5.2 Discussão dos resultados.....	77
 Parte VI – Conclusão	
6.1 Considerações finais.....	79
6.2 Linhas de investigação futura.....	79
 Referências Bibliográficas.....	 81
 Bibliografia Consultada.....	 90

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo 1	Questionário submetido na primeira ronda do painel de Delphi.....	92
Anexo 2	Convite, enviado por correio electrónico, para participação no painel de Delphi.....	95
Anexo 3	Documento introdutório à primeira ronda do painel de Delphi, enviado por correio electrónico.....	97
Anexo 4	Mensagem, enviada por correio electrónico, para alargamento do prazo de resposta.....	105

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Critérios de determinação de prioridades selecionados para submissão ao painel de peritos e respectiva definição e fonte.....	63
Quadro 2	Tabela de frequências absolutas das variáveis quantitativas.....	68
Quadro 3	Medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas, com critérios hierarquizados pela média do grau de importância atribuído.....	69
Quadro 4	Comentários dos participantes do painel de Delphi aos critérios propostos.....	71
Quadro 5	Critérios sugeridos pelos participantes do Painel de Delphi e respectivo grau de importância atribuído.....	72
Quadro 6	Respostas dos participantes do Painel de Delphi à questão n.º 3, referente à sua posição de concordância face à metodologia proposta.....	73

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Modelo conceptual.....	2
Figura 2	Grelha de Análise para determinação de prioridades.....	43
Figura 3	Ciclo completo da resolução de problemas.....	50
Figura 4	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Magnitude.....	69
Figura 5	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Vulnerabilidade.....	69
Figura 6	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Gravidade.....	69
Figura 7	Gráfico de frequências absoluta do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Exequibilidade.	69
Figura 8	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Aceitabilidade.	70
Figura 9	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Evolução.....	70
Figura 10	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Carga da Doença.....	70
Figura 11	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Equidade.....	70
Figura 12	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Alinhamento Estratégico com o PNS.	70
Figura 13	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Custo da Doença.	70
Figura 14	Gráfico de frequências absolutas do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério <i>Benchmarking</i>	70

LISTA DE SIGLAS E ACRÓNIMOS

ACS Alto Comissariado da Saúde

ARSLVT Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP

AVPP Anos de Vida Potencial Perdidos

BMC *BioMed Central*

CENDES Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela

DALY *Disability Adjusted Life Years* ou Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade

DARE *Decision Alternative Rational Evaluation*

IP Instituto Público

IRYSS *Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios*

ISBN *International Standard Book Number*

LAM *Linear Additive Method* ou Método Aditivo Linear

MCDA *Multi-Criteria Decision Analysis* ou Análise Multicritério da Tomada de Decisão

NHS *National Health Service*

OMS Organização Mundial de Saúde

OPS Organização Pan-Americana da Saúde

OPSS Observatório Português dos Sistemas de Saúde

PNS Plano Nacional de Saúde 2011-2016

PRS Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016

QALY *Quality Adjusted Life Years* ou Anos de Vida Ajustados pela Qualidade

RSLVT Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo

SNS Serviço Nacional de Saúde

URL *Uniform Resource Locator*

WHO *World Health Organization*

WWW *World Wide Web*

LISTA DE ABREVIATURAS

cit. – citado

Consult. – Consultado

ed. lit. – editores literários

et al. – e outros

f. – folhas

http – *hypertext transfer protocol*

n.º – número

p. – página(s)

S.I. – Sem local

PARTE I – INTRODUÇÃO

A determinação de prioridades é uma das questões mais importantes na política de saúde (Kapiriri e Norheim, 2004).

Segundo a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, a política de saúde tem carácter evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos e o Estado promove e garante o acesso de todos os cidadãos aos cuidados de saúde nos limites dos recursos humanos, técnicos e financeiros disponíveis, sendo que a gestão dos recursos disponíveis deve ser conduzida por forma a obter deles o maior proveito socialmente útil.

O planeamento da saúde é entendido como a racionalização na utilização dos recursos escassos com vista a atingir os objetivos fixados, em ordem à redução dos problemas de saúde considerados como prioritários (Imperatori e Giraldes, 1992).

A determinação de prioridades constitui, assim, uma função vital e uma das questões mais complexas e politicamente delicadas que o sistema de saúde enfrenta (United Kingdom, 2007).

Não há soluções fáceis, sendo crucial o desenvolvimento de um conjunto de informação para facilitar a tomada de decisão (Kapiriri e Norheim, 2004), pelo que se torna imperioso identificar os procedimentos, metodologias e critérios que permitam determinar prioridades, de forma a maximizar os benefícios em saúde (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Apesar de muitos critérios de determinação de prioridades terem sido propostos e debatidos (Kapiriri e Norheim, 2004), não existem critérios nem métodos universais de os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes, sendo que a aplicação de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992).

O Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016 (PRS) está em fase de elaboração, sendo que um plano de saúde constitui o documento que reflete os esforços de incorporação de metodologias de priorização explícitas na definição de objetivos e áreas de saúde (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

O PRS está a ser desenvolvido em conformidade com o Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS), seguindo os vetores estratégicos definidos pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT) para a região: promover e melhorar a saúde da população, reforçar o sistema de saúde e garantir um Serviço Nacional de Saúde (SNS) sustentável e bem gerido (Portugal, 2011f).

Neste contexto, afigura-se fundamental a definição de uma metodologia rigorosa, transparente e contextualizada que possa suportar o processo de tomada de decisão na determinação de prioridades no planeamento regional de saúde.

Atendendo a tratar-se de uma área relevante para a saúde pública, em particular para a definição das políticas de saúde com impacto no estado de saúde futuro da população, foi tomada a decisão de se elaborar o projeto de um estudo exploratório-descritivo cuja finalidade consiste na concepção de uma proposta de metodologia a adotar na determinação de prioridades no PRS.

O trabalho de projeto, enquadrado no modelo conceptual delineado pela figura 1, está organizado em seis partes: introdução, enquadramento conceptual, metodologia, resultados, discussão e conclusão.

No enquadramento conceptual, fruto de revisão bibliográfica, serão abordados o planeamento da saúde, o seu desenvolvimento na realidade portuguesa e o planeamento regional de saúde, assim como o processo de determinação de prioridades em saúde, os seus métodos e critérios.

Na metodologia apresentar-se-á o delineamento do estudo e a sua operacionalização, sendo que nos resultados serão expostos os resultados preliminares do estudo, sujeitos a análise estatística descritiva e a análise de conteúdo.

Na discussão serão debatidas as opções metodológicas e os resultados preliminares obtidos, sendo que na conclusão serão indicadas as considerações finais, assim como as linhas de investigação futura.

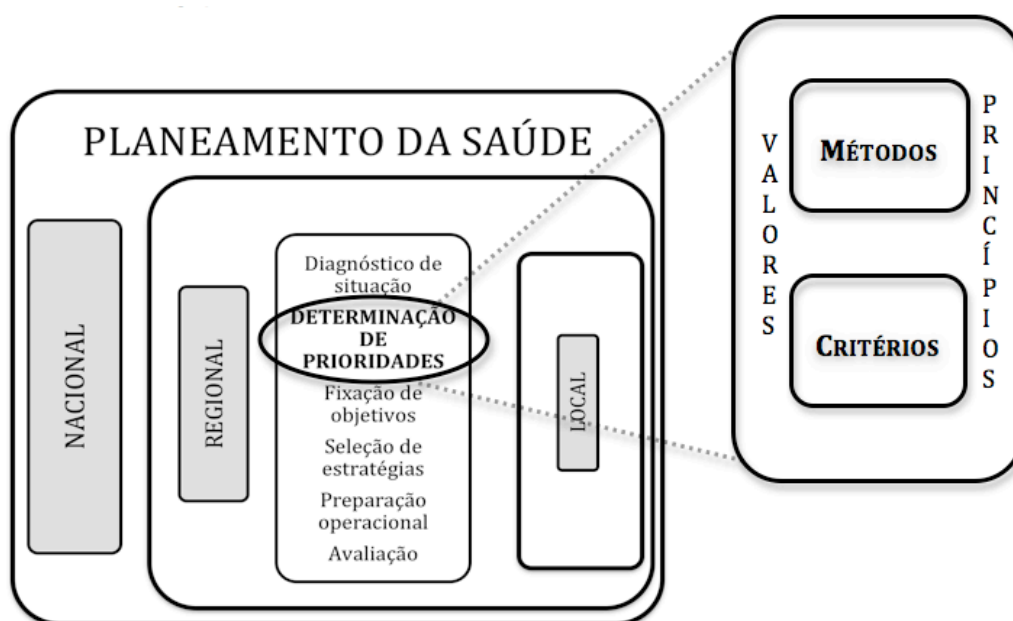


Figura 1 Modelo conceptual.

PARTE II – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

2.1. PLANEAMENTO DA SAÚDE

Definição e justificação

Planear pode ter vários significados, consoante distintos autores. Assim, para uns significa pensar no futuro, para outros controlar o futuro e para outros, ainda, tomar decisões (Mintzberg, 1994 cit. por Craveiro e Ferrinho, 2001).

O planeamento pode ser definido como um instrumento de racionalização da ação humana (Teixeira et al., 2010), sendo uma aplicação da lógica na vontade de transformar o real (Imperatori e Giraldes, 1992). O planeamento é, assim, na sua essência, um modelo teórico para a ação futura, no sentido de que a transformação da realidade se processe da forma mais eficiente (Tavares, 1990).

Para Mintzberg (1994), o planeamento permite transformar uma finalidade ou um conjunto de intenções em ações, formalizando-as para que possam ser implementadas e articulando as consequências e resultados previstos.

Pineault e Daveluy (1987), definem planeamento da saúde como um processo contínuo de previsão dos recursos e serviços necessários para atingir os objetivos determinados, segundo a ordem de prioridades estabelecida, permitindo escolher a ou as soluções ótimas entre muitas alternativas, sendo que esta seleção tem em consideração o contexto de dificuldades, internas e externas, conhecidas ou previsíveis no futuro.

Pineault e Daveluy (1987) e Tavares (1990) afirmam que o planeamento implica uma relação de causalidade entre a ação proposta e os resultados que se pretendem alcançar.

O carácter prospectivo do planeamento é destacado por Pineault e Daveluy (1987). Para estes autores, o planeamento diz respeito ao futuro – planear é aplicar um processo que conduz à decisão sobre o que fazer, como o fazer e como se avaliará o que se fizer, antes da ação. Tavares (1990) refere, ainda, que o planeamento constitui uma técnica de mudança e inovação, para absorver a incerteza do futuro.

Para Tavares (1990), o planeamento é um processo que visa seleccionar, entre várias alternativas, um percurso de ação. Mas o planeamento não constitui um fim em si mesmo. Um plano não se resume a um documento lógico e bem apresentado (Pineault e Daveluy, 1987). O planeamento implica ação (Tavares, 1990).

No prefácio de “Metodologia do Planeamento da Saúde” (Imperatori e Giraldes, 1992), Manuela Silva afirma que o planeamento se impõe como um processo permanente, não

tendo apenas um carácter momentâneo, nem se reduzindo a um mero quadro de reflexão periódica.

Pineault e Daveluy (1987) e Tavares (1990) descrevem o planeamento como um processo contínuo e dinâmico, cuja flexibilidade, permitindo uma adaptação contínua à realidade vigente, constitui um fator determinante do seu sucesso. Existe uma interação contínua entre o planeamento e a realidade, influenciando-se mutuamente (Tavares, 1990).

O planeamento é um processo iterativo, cíclico, em espiral (Tavares, 1990), uma vez que não se volta exatamente ao ponto de partida inicial, mas a um ponto de partida aperfeiçoado (Imperatori e Giraldes, 1992).

Manuela Silva, no prefácio de “Metodologia do Planeamento da Saúde” (Imperatori; Giraldes, 1992), afirma que o planeamento, antes de ser um conjunto de técnicas, é uma atitude que presume a mutabilidade da realidade, reconhecendo a possibilidade de agir sobre ela, no sentido de uma transformação orientada por finalidades prefixadas. Esta autora afirma, ainda, que esta atitude deve ser permanente, devendo o planeamento ser considerado um instrumento da gestão normal.

O grande desenvolvimento científico e tecnológico da segunda metade do século passado e a organização de redes e sistemas de serviços de saúde tornaram a prática do planeamento numa necessidade amplamente reconhecida (Teixeira et al., 2010). Para esta autora, o planeamento surge como forma de desenvolver propostas metodológicas que pudessem informar a administração pública dos serviços e sistemas de saúde.

De acordo com Imperatori e Giraldes (1992), o planeamento é um instrumento de otimização dos sempre escassos recursos, seja qual for o país ou o sistema de saúde adotado. É uma técnica de alocação de recursos que permite uma racionalização na aplicação dos recursos de saúde (Tavares, 1990).

Maria do Rosário Giraldes, no prefácio de “Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde” (Tavares, 1990), declara que, através de um planeamento bem concebido e eficaz, poder-se-á conseguir uma redistribuição de recursos que conduza a uma maior eficiência.

O planeamento é sistémico e de natureza multidisciplinar (Tavares, 1990). Pese embora as dificuldades decorrentes da multidisciplinaridade, esta permite uma análise mais rica da situação, possibilitando incorporar diferentes perspetivas na tomada de decisão (Pineault e Daveluy, 1987).

Para estes autores, o planeamento tem um carácter multidimensional, uma vez que está intimamente ligado ao contexto organizacional e sociopolítico em que se insere, sendo que estes elementos se devem ter em conta por forma a tornar o processo realista e pragmático.

O planeamento da saúde não consiste apenas no planeamento dos serviços de saúde. Requer o envolvimento de todos os sectores económicos e sociais que condicionam a saúde da população, constituindo um esforço coletivo que envolve todos os intervenientes da realidade que se pretende transformar (Imperatori; Giraldes, 1992).

A necessidade do planeamento da saúde é justificada, por Imperatori e Giraldes (1992) e por Tavares (1990), pela indispensabilidade de definir prioridades e por permitir uma intervenção multisectorial, evitando intervenções isoladas, mais onerosas.

Tavares (1990) justifica, ainda, essa necessidade, uma vez que os progressos na medicina são rápidos e há que integrá-los na prestação de cuidados. Por outro lado, o aumento da complexidade tecnológica exige que não se corra o risco de não a utilizar corretamente (Tavares, 1990). Assim, o planeamento da saúde permite adaptar os serviços à mudança constante da realidade (Imperatori e Giraldes, 1992).

Processo de planeamento da saúde

Tavares (1990) identifica seis etapas do processo de planeamento: o diagnóstico de situação, a determinação de prioridades, a fixação de objetivos, a seleção de estratégias, a preparação operacional e a avaliação.

No entanto, não se poderá nunca considerar uma etapa do processo de planeamento como inteiramente concluída, uma vez que, na fase seguinte, é sempre possível voltar à etapa anterior e recolher mais informações que levem a refazê-la (Imperatori e Giraldes, 1992).

Na primeira etapa, o diagnóstico de situação, são identificados os problemas de saúde da população em estudo e determinadas as suas necessidades (Tavares, 1990). Segundo este autor, um problema de saúde corresponde a um estado de saúde julgado deficiente, enquanto que a necessidade exprime a diferença entre o estado atual e aquele que se pretende atingir, representando a diferença entre o que existe e o que é desejável em termos de estado de saúde (Pineault e Daveluy, 1987).

Para Imperatori e Giraldes (1992), esta etapa deve descrever a situação de forma, preferencialmente, quantitativa. Tavares (1990) refere, ainda, que o diagnóstico da situação deve corresponder às necessidades do próprio processo de planeamento, devendo ser alargado e aprofundado, sendo fundamental envolver a noção de causalidade, o conhecimento dos fatores que determinam os problemas, e a noção de evolução prognóstica, análise da sua evolução e perspetivas.

No entanto, o diagnóstico deve ser sucinto para não gastar demasiadas energias e tempo na sua elaboração, prejudicando as etapas seguintes, e deve ser claro, de forma a ser facilmente apreensível por todos os intervenientes (Imperatori e Giraldes, 1992).

Ainda de acordo com estes autores, a qualidade e a perfeição atingidas na elaboração do diagnóstico determinarão, em grande parte, a escolha das prioridades, que constitui a etapa seguinte.

O diagnóstico de situação deve terminar com uma lista de problemas e, embora muitas vezes no final desta etapa se sinta que o diagnóstico está incompleto e desatualizado, este deve ser permanentemente atualizado, não deixando de se avançar para a etapa seguinte – a determinação de prioridades (Tavares, 1990).

Na etapa de determinação de prioridades, selecionar-se-ão os problemas de saúde que deverão ser solucionados em primeiro lugar, através de uma das diferentes metodologias possíveis e utilizando-se critérios de diversa ordem para este fim (Imperatori e Giraldes, 1992). Esta etapa será explorada no subcapítulo 2.3 *Determinação de prioridades em saúde* (p. 13).

Depois de definidas as prioridades, a etapa que se segue no processo de planeamento é a fixação dos objetivos, que Imperatori e Giraldes (1992) definem como a elaboração do enunciado do resultado desejável em relação aos problemas definidos como prioritários, alterando a tendência da sua evolução.

De acordo com Tavares (1990), os objetivos deverão ser pertinentes, precisos, realizáveis e mensuráveis, fornecendo a possibilidade de uma correta avaliação posterior.

Assim, fixar objetivos consiste em definir para onde se vai, sendo a forma como se lá chega parte integrante da etapa seguinte: a seleção das estratégias (Tavares, 1990).

Imperatori e Giraldes (1992) definem a seleção das estratégias como a escolha de um conjunto coerente de técnicas específicas, organizadas com o fim de alcançar os objetivos fixados. Nesta etapa estudam-se as diferentes estratégias alternativas, que permitem alcançar um mesmo objetivo, com o fim de selecionar as mais adequadas.

A escolha das estratégias deve ter em conta os custos, obstáculos, pertinência, vantagens e inconvenientes de cada estratégia. Sendo sempre possíveis diferentes combinações de abordagens do problema em causa, as análises de custo-oportunidade, custo-benefício ou custo-efetividade podem ser determinantes na tomada de decisão entre várias alternativas (Tavares, 1990).

Para Pineault e Daveluy (1987), a execução é o final lógico do planeamento e, embora não faça parte do processo de planeamento, para garantir o seu sucesso, deve ser pensada e prevista a forma como se processarão as atividades de execução.

Deste modo, a quinta etapa é a preparação operacional, que corresponde ao estudo das atividades necessárias à execução das estratégias definidas na etapa anterior, definindo-se

ainda nesta etapa o cronograma e a responsabilidade da execução, assim como aspectos relacionados com os recursos necessários (Imperatori e Giraldes, 1992).

Esta etapa pretende planejar operacionalmente a execução. A operacionalização poderá estar organizada em programas e projetos, sendo um programa definido como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de uma estratégia e um projeto como um conjunto de atividades contribuindo para a execução de um programa (Tavares, 1990).

A sexta e última etapa do planeamento é a avaliação que, constituindo o final do processo, se integra em cada uma das suas etapas (Tavares, 1990). Segundo Pineault e Daveluy (1987), a avaliação efetua uma revisão de todos os elementos do planeamento, constituindo, essencialmente, um olhar retrospectivo para as diferentes etapas do processo.

A avaliação deve ser precisa e pertinente, determinando o grau de sucesso na consecução de um objetivo, confrontando os objetivos e as estratégias ao nível da adequação (Tavares, 1990). Ainda segundo este autor, uma avaliação correta permite comparar os estados inicial e final do processo de planeamento, relacionando as estratégias selecionadas e a pertinência dos objetivos estabelecidos com as necessidades identificadas.

A avaliação deve ser preparada antes de ser realizada, ficando implicitamente incluída em dois momentos: a fixação de objetivos e a preparação operacional. Na primeira fixar-se-ão os padrões de resultado ou impacto do plano e na segunda os de execução ou de atividade, sendo que nesta etapa se avaliam, a curto prazo, os indicadores de atividade, e a médio prazo, os resultados obtidos nos principais problemas de saúde (Imperatori e Giraldes, 1992).

A avaliação atualiza o diagnóstico, pelo que, terminada a avaliação, haverá que voltar à primeira fase do planeamento, melhorando a informação disponível, e assim sucessivamente, num processo que se pretende contínuo e dinâmico (Imperatori e Giraldes, 1992).

Tipos de planeamento

A natureza dos objetivos a atingir, a natureza das decisões a tomar e os prazos em que se enquadram estes elementos, determinam diferentes tipos de planeamento (Imperatori e Giraldes, 1992).

Tavares (1990) distingue, segundo o nível, quatro tipos de planeamento, designadamente o planeamento normativo, estratégico, tático e operacional.

O objeto do planeamento normativo, o mais alto nível de planeamento, são os ideais, sendo seu objetivo a definição de uma política que trace grandes orientações, indicando a direção a tomar (Pineault e Daveluy, 1987). Este tipo de planeamento diz respeito, sobretudo, ao

longo prazo, tendo carácter geral e traçando orientações para um futuro desejável (Imperatori e Giraldes, 1992).

O planeamento estratégico representa um maior grau de especificação que o nível normativo, sendo o seu objeto as finalidades (Imperatori e Giraldes, 1992). O planeamento estratégico decide as prioridades de ação, formula alternativas estratégicas, estando assim predominantemente voltado para o longo prazo (Tavares, 1990). Este tipo de planeamento ocupa-se das decisões básicas que constituirão um marco de referência para os planeamentos mais detalhados, designadamente o planeamento tático e o operacional, dando coerência às decisões tomadas durante o período de tempo a que se refere (Imperatori e Giraldes, 1992).

O planeamento tático determina os objetivos e a estrutura e programa as atividades e os recursos para alcançar os objetivos fixados (Pineault e Daveluy, 1987). Este tipo de planeamento preocupa-se com a racionalidade da tomada de decisões, estando predominantemente voltado para o médio prazo (Tavares, 1990).

Por fim, o planeamento operacional tem por objeto os meios, os recursos e a organização de atividades (Imperatori e Giraldes, 1992), fixando os objetivos operacionais ou metas e sendo detalhado nas decisões a curto prazo, que dizem respeito ao desenrolar das atividades, calendário de execução e gestão dos recursos (Pineault e Daveluy, 1987). Este tipo de planeamento está voltado para a otimização e maximização dos resultados, a curto prazo, sendo de carácter imediatista (Tavares, 1990).

Pineault (1986 cit. por Imperatori e Giraldes, 1992) ressalva que a distinção entre os diferentes níveis de planeamento não é absoluta ou dogmática, sendo que a importância reside na compreensão da ordem hierárquica segundo a qual estes níveis são estabelecidos em relação aos diferentes tipos de objeto do planeamento e da relação lógica entre eles.

Os diferentes níveis de planeamento constituem, assim, um sistema integrado de planeamento, em que os elementos são interdependentes, sendo que a ausência ou deficiência num dos níveis fragiliza todo o sistema (Pineault e Daveluy, 1987).

A respeito dos diferentes níveis de planeamento, Sena, Ferrinho e Miguel (2006) identificam uma hierarquia de instrumentos, sendo que o plano se encontra nos extremos, a um nível estratégico e operacional, integrando-se o programa num nível de planeamento tático e surgindo, por conseguinte, o projeto na fronteira entre o nível tático e operativo.

Imperatori e Giraldes (1992) definem plano como um instrumento de implementação de uma política. Sendo mais orientado para valores, define grandes orientações estratégicas e identifica prioridades, podendo englobar um conjunto de programas, que constituem a sua linha de orientação pormenorizada (Dúran 1998 cit. por Sena, Ferrinho e Miguel, 2006).

Deste modo, um programa constitui um conjunto de especificações e instruções que integram recursos e serviços, de forma a dar uma resposta coordenada a objetivos estratégicos, podendo englobar um conjunto de projetos (Sena, Ferrinho e Miguel, 2006). Estes autores justificam a existência de programas, pela visibilidade que conferem a alguns problemas de saúde considerados prioritários, que beneficiarão de uma melhor cativação de recursos, operacionalização e avaliação do seu impacto (Sena, Ferrinho e Miguel, 2006).

O vínculo lógico e funcional entre planeamento e programação é, segundo Pineault e Daveluy (1987), muito importante para assegurar uma coerência entre a ação iniciada pelo planeamento e o alcance da ação realizada pela programação.

Por último, Imperatori e Giraldes (1992) definem projeto como uma atividade que decorre num período de tempo bem delimitado, que visa obter um resultado específico e que contribui para a execução de um programa ou de um plano (Dúran 1998 cit. por Sena, Ferrinho e Miguel, 2006). O projeto é, frequentemente e de uma forma geral, objeto de uma certa experimentação e de uma avaliação rigorosa (Pineault e Daveluy, 1987).

O planeamento pode ser classificado segundo uma perspetiva organizacional e populacional (Tavares, 1990). De acordo com este autor, o planeamento segundo uma perspetiva organizacional coloca a organização no centro do processo e os projetos, embora elaborados para uma população-alvo, são em função da dinâmica organizacional existente. Pelo contrário, no planeamento segundo uma perspetiva populacional, a população-alvo é o primeiro e principal objeto do planeamento, devendo a organização ajustar-se-lhe (Tavares, 1990).

O planeamento pode, ainda, ser classificado segundo uma abordagem racional ou pragmática (Tavares, 1990). Segundo este autor, a abordagem racional é essencialmente técnica, assumindo o papel do perito grande importância e sendo o plano elaborado de uma forma ideal, sem ter em conta os possíveis constrangimentos. Pelo contrário, na abordagem pragmática, o planeamento é participativo, assumindo o perito um papel de menor importância e tendo o planeamento em conta a adaptação necessária aos constrangimentos possíveis (Tavares, 1990).

2.2. PLANEAMENTO DA SAÚDE EM PORTUGAL

Em Portugal, o passado do Serviço Nacional de Saúde (SNS) foi marcado por um tipo de planeamento central, que se manifestava em produção legislativa, com pouca consequência ao nível local (Craveiro e Ferrinho, 2001).

De acordo com Sakellarides et al. (2005), durante os anos 1970, as políticas de saúde foram influenciadas pelo desenvolvimento dos cuidados de saúde primários e pela implantação do SNS, tendo-se institucionalizado o planeamento em saúde. No entanto, este foi, muitas vezes, considerado uma obrigação administrativa ao invés de um instrumento efetivo para gerir a mudança (Sakellarides et al., 2005).

Entre meados da década de 1980 e meados da década de 1990, os princípios da promoção de saúde promovidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/Europa influenciaram as políticas de saúde, tendo sido desenvolvidos projetos no âmbito das cidades saudáveis e das escolas promotoras de saúde (OPSS, 2003).

A definição intencional e explícita de uma estratégia de saúde, em Portugal, apenas foi desenvolvida, pela primeira vez, entre 1996 e 1999 – “Saúde, um compromisso: a estratégia para o virar do século 1998-2002” – tendo-se dado início à cultura do pensamento estratégico, no sector da saúde (Portugal, 1998).

Num processo participado, ainda que de forma limitada, a Estratégia de Saúde 1998-2002 traduziu um esforço de definição de opções estratégicas, prioridades, objetivos e metas para a saúde em Portugal, tendo sido aprovada pelo Conselho de Ministros e por todos os partidos representados no Parlamento (Craveiro e Ferrinho, 2001).

Este documento sistematizou as orientações estratégicas fundamentais em 27 áreas de ação, sendo que para cada uma dessas áreas foram definidas metas quantitativas a cinco anos e qualitativas a dez anos (OPSS, 2003). As cinco Administrações Regionais de Saúde desenvolveram as suas estratégias regionais, em concordância com esta, mas a um nível mais operacional (Sakellarides et al., 2005 e OPSS, 2003).

Estando prevista uma primeira monitorização desta estratégia no final de 1999, esta não ocorreu. Com a mudança de gabinete ministerial, a Estratégia de Saúde 1998-2002 perdeu apoio político, deixando de ser um instrumento de gestão de mudança a partir de 2000 (Sakellarides et al., 2005 e OPSS, 2003).

Em 2003, reiniciaram-se os trabalhos no âmbito do planeamento estratégico de saúde, tendo sido elaborado, em cooperação próxima com a OMS e a União Europeia e após um extenso processo de consulta, o Plano Nacional de Saúde 2004-2010, ultimado em 2004 (Sakellarides et al., 2005 e OPSS, 2003).

De acordo com Sakellarides et al. (2005), a continuidade conceptual entre a Estratégia da Saúde 1998-2002 e o Plano Nacional de Saúde 2004-2010 promoveu um processo mais estável e sustentado no desenvolvimento das políticas públicas do país.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 esteve em vigor até Dezembro de 2010, tendo sido publicado, nessa data, um documento com os valores mais atuais dos seus indicadores, permitindo avaliar a sua evolução (OPSS, 2011).

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 foi avaliado, em 2010, pela OMS/Europa, que produziu recomendações a ter em conta na elaboração do novo Plano Nacional de Saúde 2011-2016 (PNS), que se encontra ainda em curso, pelo Alto Comissariado da Saúde (ACS) (WHO, 2010).

A Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (ARSLVT), tem feito parte do processo, integrando a Comissão de Acompanhamento do PNS (Portugal, 2011d).

A Portaria n.º 649/2007, de 30 de Maio, que define as missões e atribuições das Administrações Regionais de Saúde, estabelece no Artigo 3.º do Capítulo I que compete ao Departamento de Saúde Pública elaborar a proposta de Plano Regional de Saúde da população e acompanhar a sua execução.

Neste contexto, o processo de elaboração do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016 (PRS) está a ser desenvolvido em consonância com o PNS, garantindo o necessário alinhamento estratégico (Portugal, 2011d).

2.3. PLANO REGIONAL DE SAÚDE DE LISBOA E VALE DO TEJO 2011-2016

Os planos regionais de saúde são, de uma maneira geral, instrumentos de planeamento estratégico, sendo o seu horizonte temporal nunca inferior a cinco anos (Portugal, 2009).

Um plano estratégico não pode ser encarado de forma isolada, desprovido do contexto que o envolve e influencia (Green et al., 2002). Assim, segundo este autor, os planos de níveis administrativos inferiores são englobados pelo planeamento nacional, que proporciona o enquadramento geral, onde todos se integram.

Deste modo, o PRS está a ser desenvolvido em conformidade com o PNS, tendo em conta as suas orientações estratégicas e as prioridades por ele definidas, propondo-se a adequar os recursos existentes na Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (RSLVT) às suas necessidades em saúde e refletindo as especificidades que a caracterizam (Portugal, 2011d).

A visão do PNS, adaptada ao universo da RSLVT, é partilhada pelo PRS, perspetivando *“maximizar os ganhos em saúde da população através do alinhamento e integração de esforços sustentáveis de todos os sectores da sociedade, com foco no acesso, qualidade, políticas saudáveis e cidadania”* constituindo objetivos do seu processo de elaboração a consolidação de um sistema de informação para a tomada de decisão, a adequação da

oferta de serviços às necessidades em saúde e o reforço do sistema de saúde, garantindo a sua sustentabilidade e gestão eficiente (Portugal, 2011d).

Os valores e princípios subjacentes ao planeamento estratégico têm um papel crítico no seu desenvolvimento (Green et al., 2002).

O PRS comunga dos valores e princípios do PNS (Portugal, 2011d), sendo os valores fundamentais que o norteiam a Universalidade, o Acesso a cuidados de qualidade, a Equidade, a Solidariedade, a Justiça Social, a Capacitação do cidadão, a Prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, o Respeito, a Solicitude e a Decisão apoiada na evidência científica (Portugal, 2011c).

Destacam-se como princípios orientadores a Transparência e responsabilização, o Envolvimento e participação, a Redução das desigualdades em saúde, a Integração e continuidade dos cuidados e a Sustentabilidade (Portugal, 2011c).

O PRS partilha do conceito de saúde adotado pelo PNS (Portugal, 2011d), que a define como *“um estado dinâmico de bem-estar caracterizado pelo potencial físico, mental e social que satisfaz as necessidades vitais de acordo com a idade, cultura e responsabilidade pessoal”* (Bircher, 2005 cit. por Portugal, 2011c). O autor refere, ainda, que se o potencial é deficiente para satisfazer essas necessidades, o estado é de doença.

Esta definição permite responder, de forma pragmática e razoavelmente clara, se uma pessoa pode ser considerada saudável ou doente, contrastando com a definição da OMS, que vigora desde 1948 e não permite tal distinção (Burci e Vignes, 2004 cit. por Bircher, 2005).

Esta definição de saúde revela a importância da medicina preventiva, sendo compatível com a Carta de Ottawa (Bircher, 2005), segundo a qual a promoção da saúde consiste no *“processo que visa criar condições para que as pessoas aumentem a sua capacidade de controlar os fatores determinantes da saúde, no sentido de a melhorar”* (OMS, 1986 cit. por Hespanhol, Couto e Martins, 2008).

De acordo com Sena, Ferrinho e Miguel (2006), os planos, programas ou projetos podem ser classificados de acordo com uma série de características: flexibilidade/adaptabilidade, sector de atividade que abrangem, nível de serviços abrangentes, divisão administrativa de saúde, horizonte temporal que abrangem, relação com outros planos, programas ou projetos e entidade responsável pela execução.

Assim, o PRS, quanto à sua flexibilidade/adaptabilidade pretende ser um documento semiaberto, elaborado de forma a permitir a sua atualização regular, estando em

permanente processo de revisão, adaptando-se e evoluindo de acordo com a realidade vigente, imprevisível e em constante mudança (Portugal, 2011d).

O PRS é classificado como plano integrado, no que diz respeito ao sector de atividade que abrange, na medida em que abrange vários sectores socioeconómicos, sendo classificado como regional, no que diz respeito à divisão administrativa da saúde (Portugal, 2011d).

O seu horizonte temporal é médio, tendo uma duração prevista de cinco anos, à semelhança do PNS, e a entidade responsável pela sua execução é mista (Portugal, 2011d).

No que concerne à sua relação com outros planos, programas e projetos, estes são complementares, na medida em que a realização de um beneficia a realização de outros (Sena, Ferrinho e Miguel, 2006), sendo que o PRS acompanha, nomeadamente, o desenvolvimento do PNS, de forma integrada e consonante (Portugal, 2011d).

Relativamente ao nível de serviços abrangentes, o PRS pretende adotar estratégias transversais podendo, portanto, ser classificado de horizontal (Portugal, 2011c); no entanto, manterá alguns programas verticais, para abordar alguns dos problemas prioritários em saúde, à semelhança do PNS (Portugal, 2011e).

2.4. DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

Definição e justificação

A seleção, escolha ou definição de prioridades corresponde à segunda fase do processo de planeamento da saúde. Após a identificação dos problemas de saúde, na etapa correspondente ao diagnóstico, a sua hierarquização será feita nesta etapa de escolha de prioridades (Imperatori e Giraldes, 1992).

A existência desta etapa está diretamente ligada à própria natureza do planeamento (Imperatori e Giraldes, 1992). Visando o planeamento a utilização eficiente dos recursos disponíveis e a optimização dos resultados a atingir, torna-se necessário seleccionar prioridades, procurando saber que problemas se devem solucionar em primeiro lugar (Tavares, 1990).

De acordo com Pineault e Daveluy (1987), esta etapa não se destina, primeiramente, a atribuir a importância dos problemas, mas sim a precedência de um problema em relação a outro, identificando o que deve ser considerado em primeira instância. No entanto, ainda segundo estes autores, a importância de um problema tem um valor considerável na atribuição da sua posição de precedência.

Tragakes e Vienonen (1998) definem esta etapa como um processo consciente e organizado, com base em regras e critérios bem formulados. De igual modo, Pineault e Daveluy (1987) afirmam que a determinação de prioridades exige um esforço de comparação e de tomada de decisões que requerem a utilização de métodos ou técnicas de classificação.

No entanto, Rudan et al. (2010) referem que, sendo a definição de prioridades necessária em todos os sistemas de saúde, esta acontece de forma contínua, com ou sem as ferramentas ou processos apropriados.

De igual modo, Pineault e Daveluy (1987) referem que as formas de proceder à determinação das prioridades são múltiplas, sendo o lugar que ocupa a intuição e o raciocínio lógico variável. Segundo estes autores, é possível definir prioridades sem que se formulem critérios de forma explícita e sem um método preciso de classificação ordenada, pelo que a seleção do procedimento a adotar depende do interesse em seguir um método mais ou menos rigoroso.

A determinação das prioridades trata-se de um processo de integração da informação recolhida até ao momento sobre os problemas e a sua possibilidade de resolução (Pineault e Daveluy, 1987).

O diagnóstico de situação proporciona indicações sobre a importância dos problemas e a determinação de prioridades dá uma orientação a esta informação, selecionando, por um lado, os problemas que serão objeto de intervenção e, por outro, aqueles para os quais é necessário primeiro conhecer as causas e as soluções, ou seja, as prioridades de investigação (Pineault e Daveluy, 1987).

Assim, a análise dos problemas, realizada na fase do diagnóstico, poderá ser retomada nesta etapa (Imperatori e Giraldes, 1992). De acordo com estes autores, face a cada problema, deverão refletir-se e, se possível, identificar-se os fatores determinantes e as consequências previsíveis dos problemas no nível de saúde da população.

A determinação de prioridades é, essencialmente, um processo de tomada de decisão que explicita a direção a seguir (Pineault e Daveluy, 1987). Embora este processo, nos cuidados de saúde, não seja recente, tem-se tornado numa questão de importância crescente (Ham, 1997).

Os sistemas de saúde enfrentam crises de financiamento, qualidade e sustentabilidade, em grande parte, devido aos avanços da ciência e tecnologia na área da saúde, assim como às mudanças demográficas, aumentando as exigências de novos serviços, os custos dos novos medicamentos e tecnologias, bem como a exigência de uma maior transparência, inclusão e responsabilidade nas políticas públicas (Kenny e Joffres, 2008).

Assim, o hiato entre as necessidades e expectativas da população e os recursos disponíveis para as satisfazer é cada vez maior (Pinho e Veiga, 2010), pelo que a combinação de recursos limitados e exigências crescentes tem levado os decisores a abordar esta questão mais diretamente do que no passado (Ham, 1997).

Esta insuficiência de recursos, que caracteriza globalmente todos os sistemas de saúde, está a condicionar o respeito pelo direito à saúde, um dos direitos fundamentais que sustenta grande parte das sociedades do mundo (Pinho e Veiga, 2010).

De acordo com Kenny e Joffres (2008), praticamente todos os países industrializados desenvolveram sistemas de saúde comprometidos em fornecer cobertura pública para os serviços médicos necessários, concomitantemente com o crescimento vertiginoso das possibilidades da ciência médica e da tecnologia disponível, expandindo o conceito de necessidade em saúde. Segundo estes autores, este facto constitui um desafio crucial para os sistemas de saúde, que procuram responder de forma justa e economicamente responsável.

A definição de prioridades tem, assim, vindo a ganhar proeminência (Pinho e Veiga, 2010), estabelecendo-se como um processo fulcral na determinação da orientação a seguir, nomeadamente na alocação de recursos (Kenny e Joffres, 2008), suportando as decisões de utilização dos fundos públicos na seleção de quais os problemas de saúde, com que intervenções e a que populações se devem destinar (Baltussen e Niessen, 2006).

Estar ciente das consequências das diferentes opções é fundamental para este processo; o que é prioritário e o que não é prioritário são escolhas que correspondem aos dois lados da mesma moeda e não podem ser separados (United Kingdom, 2007).

A definição de prioridades é uma necessidade global, constituindo um desafio quer nos sistemas com financiamento público como naqueles com financiamento privado e tanto em países desenvolvidos como em países em desenvolvimento (Martin e Singer, 2003).

O estabelecimento de prioridades determina a sustentabilidade de qualquer sistema de saúde (Kapuriri, Norheim e Martin, 2007), constituindo um processo complexo, mas fundamental (United Kingdom, 2007). Deste modo, urge desenvolver os melhores sistemas de alocação de recursos, para que este se processe de forma justa e com os melhores resultados (United Kingdom, 2008), pelo que se torna imperioso identificar os procedimentos, metodologias e critérios que permitam determinar prioridades, de forma a maximizar os benefícios em saúde, dada a restrição orçamental (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Priorização de problemas e de intervenções

A determinação de prioridades em saúde é entendida por alguns autores, como Imperatori e Giraldes (1992) e Tavares (1990), como a etapa do planeamento em saúde correspondente à hierarquização dos problemas em saúde, enquanto que outros autores, como Tragakes e Vienonen (1998) e Baltussen e Niessen (2006), definem a etapa de determinação de prioridades como um processo de afetação de recursos entre utilizações concorrentes, sendo o seu objeto de priorização as intervenções em saúde.

A OMS estabelece que as prioridades podem ser definidas quer em termos de problemas de saúde, como em termos de intervenções, acrescentando, ainda, a possibilidade de definição de prioridades de investigação (WHO, 1997).

Pineault e Daveluy (1987) defendem que a utilização do procedimento de determinação de prioridades não se limita à identificação de problemas prioritários, podendo ser adaptada para a classificação ordenada das intervenções ou para a determinação de outro tipo de elementos prioritários, quando a situação assim o exija.

Sánchez, Abellán e Martínez (2008), afirmam que esta etapa permite, em primeira instância, identificar necessidades e áreas prioritárias de ação, e depois, selecionar intervenções, num processo de tomada de decisões relativa à alocação de recursos.

Por outro lado, Pineault e Daveluy (1987), consideram a exploração das alternativas de intervenção como um passo preliminar à etapa de determinação de prioridades, permitindo completar a informação contida no diagnóstico da situação e, portanto, requisito prévio à tomada de decisões sobre as prioridades.

Para estes autores, a exploração das alternativas de intervenção não determina as atividades e tarefas que devem ser cumpridas, mas sim se os problemas e as necessidades identificadas no diagnóstico de situação podem ser satisfeitos, dando um sentido mais lato ao conceito de intervenção.

Assim, esse estudo exploratório tem por finalidade facilitar a tomada de decisão referente aos problemas a solucionar, uma vez que um problema pode ser importante, mas dificilmente resolúvel, pelo que os decisores devem estar relativamente bem informados sobre a existência ou não de meios eficazes e aceitáveis de atuação sobre ele (Pineault e Daveluy, 1987).

Processo de determinação de prioridades

De acordo com Ham (1997), os aspectos importantes a ter em conta no contexto da determinação de prioridades são os diferentes níveis em que as prioridades são definidas, a utilização de abordagens técnicas e de juízos de valor, o envolvimento da população no

processo e o papel dos valores na definição de prioridades. Assim, serão analisados estes aspectos, acrescentando, ainda, as etapas do processo, reconhecidas por Tavares (1990) e por Pineault e Daveluy (1987).

Tavares (1990) identifica duas etapas no processo de determinação de prioridades: a definição dos critérios de decisão, com a atribuição dos seus pesos respectivos, e a estimação e comparação dos problemas, constituindo a determinação de prioridades propriamente dita, onde se comparam os seus resultados e se produz, assim, uma lista de problemas prioritários (Pineault e Daveluy, 1987).

Estes autores reconhecem, ainda, uma etapa intermédia e suplementar de pré-seleção dos problemas, prévia à sua estimação e comparação, onde se poderá aplicar um método de triagem, caso a listagem de problemas se verifique demasiado longa.

Para Imperatori e Giraldes (1992), na definição das prioridades dever-se-ão ter em consideração o horizonte do plano e a área de programação.

O horizonte do plano refere-se ao horizonte temporal para o qual se prevê a intervenção, dado que as prioridades de um plano a longo prazo não serão necessariamente idênticas às de um plano a médio ou a curto prazo (Imperatori e Giraldes, 1992). Mas, para estes autores, não serem idênticas não significa que sejam contraditórias, devendo existir concordância entre as prioridades escalonadas no tempo.

A área de programação, por sua vez, distingue as prioridades nacionais, regionais, distritais e concelhias, etc., devendo as prioridades nacionais ser ajustadas a nível regional, ou, pelo contrário, definidas a partir das regionais, pondo-se o acento numa ou outra modalidade, segundo o modelo de planeamento que se aplique (Imperatori e Giraldes, 1992).

A definição de prioridades é um processo que se realiza em todos os níveis de tomada de decisão (Tragakes e Vienonen, 1998), constituindo uma interação complexa que ocorre aos níveis macro, ou nacional e regional, meso, ou institucional e organizacional e micro, ou referente aos programas clínicos (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007).

Estes níveis de prioridades estão inter-relacionados (Kenny e Joffres, 2008). A determinação de prioridades ao nível estratégico é muito importante, dado ser a este nível que as principais decisões, que moldam os serviços de saúde locais, são tomadas, sendo traduzidas, de forma incremental, ao longo de toda uma série de decisões de alocação de recursos (United Kingdom, 2008). Deste modo, melhorar o processo de definição de prioridades num sistema de saúde implica melhorá-lo nas instituições que compõem o sistema (Martin e Singer, 2003).

A OMS, relativamente à interação e inter-relação entre os seus diferentes níveis de prioridades, refere que, embora o processo ocorra em três contextos diferentes, e por vezes em momentos diferentes, a definição das prioridades deve ser vista como um continuum, com as prioridades em cada nível complementando-se mutuamente (WHO, 1997). No mesmo documento, a OMS sublinha o facto de as prioridades a nível regional e global não serem, respectivamente, a soma das prioridades a nível nacional e regional, nem deverem as prioridades globais conter todas as expressas pelos países e regiões. As escolhas terão de ser feitas em todos os níveis, devendo ser estabelecidas através de um conjunto de exercícios estreitamente relacionados, mas independentes (WHO, 1997). No entanto, as prioridades nos diferentes níveis devem ser consistentes entre si e reforçarem-se mutuamente (WHO, 1997).

A determinação de prioridades não é um processo puramente racional, envolvendo uma importante componente afetiva, de valores, de julgamentos, com a consequente subjetividade (Imperator e Giraldes, 1992).

As decisões envolvem, necessariamente, juízos morais e não puramente técnicos, sendo que as escolhas técnicas na definição de prioridades são incorporadas em decisões morais (Tragakes e Vienonen, 1998), envolvendo este processo uma série de juízos de valor (Ham, 1997).

Este é um processo complexo onde interferem múltiplas circunstâncias (Asua e Taboada, 2005?), sendo que a tomada de decisão é determinada por fatores sociais, ambientais e organizacionais, que estão presentes e são formulados, mais ou menos claramente, no momento da decisão, devendo ser considerados como parte integrante do processo (Pineault e Daveluy, 1987).

Os processos de tomada de decisões são, por vezes, idiossincráticos e sujeitos a influências imprevisíveis (Peacock et al., 2009) e, por vezes, conduzidos por motivações políticas (Baltussen e Niessen, 2006; Sabik e Lie, 2008; Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Neste sentido, Ham (1997) afirma que a definição de prioridades é influenciada mais fortemente por compromissos herdados e negociação política do que por métodos analíticos.

Assim, segundo Baltussen e Niessen (2006), a determinação de prioridades é frequentemente *ad hoc* ou baseada no histórico, sendo que os recursos não são utilizados de forma ideal. Teng, Mitton e MacKenzie (2007) afirmam que este processo tem sido moldado por culturas organizacionais onde as normas e os incentivos têm implicitamente apoiado processos de alocação de recursos baseados no histórico, apenas com alguns ajustes políticos ou demográficos.

Para Baltussen e Niessen (2006), o problema de fundo reside no facto de as decisões serem complexas e multifacetadas, onde múltiplos critérios desempenham um papel, pelo que os decisores tendem a utilizar abordagens heurísticas ou intuitivas numa tentativa de simplificar essa complexidade e, no processo, é ignorada informação importante. Pelo disposto, Baltussen e Niessen (2006) consideram necessária uma abordagem racional e transparente na determinação de prioridades.

Segundo Kenny e Joffres (2008), a priorização pode ser implícita ou explícita. Para estes autores, a priorização implícita, a norma histórica, é caracterizada por uma falta de clareza sobre as prioridades, pela incapacidade de identificar as estratégias e os critérios utilizados na sua determinação e pela ausência de responsabilidade pública nas decisões. A priorização implícita foi submetida a crescentes críticas como sendo arbitrária, injusta e sem a transparência e a responsabilização necessárias para a legitimidade pública (Kenny e Joffres, 2008).

A definição de prioridades tem sido muitas vezes implícita, com base em decisões tomadas no passado ou o resultado não intencional das várias pressões exercidas sobre os decisores (Ham, 1997; Martin e Singer, 2003; Segal e Chen, 2001 cit. por Baltussen et al., 2007).

Apesar de ser um dos pontos-chave do desenvolvimento de qualquer política de saúde, e de existirem diversas propostas que permitem uma gestão explícita e transparente, muitas vezes as decisões sobre que problemas de saúde devem constituir uma prioridade são tomadas de forma pouco transparente e por razões que nem sempre são suficientemente fundamentadas (Asua e Taboada, 2005?).

Abordar explicitamente o estabelecimento de prioridades em saúde é, assim, necessário para desenvolver métodos mais justos de alocação dos recursos escassos (Sabik e Lie, 2008). A priorização explícita preocupa-se em estabelecer prioridades claras e em tornar transparentes as razões da tomada de decisão, centrando-se em princípios, valores e normas, assim como em critérios para orientar as decisões (Kenny e Joffres, 2008). Segundo estes autores, teoricamente, a priorização explícita melhora a qualidade da tomada de decisão, aumenta a eficiência da alocação de recursos e dá legitimidade às decisões de priorização.

Apenas uma abordagem explícita na definição de prioridades poderá direccionar os recursos para maximizar a realização dos objetivos da sociedade em relação à saúde (Segal e Chen, 2001 cit. por Baltussen et al., 2007), sendo necessário um processo de priorização, transparente, consistente e defensável (Teng, Mitton e MacKenzie, 2007), fazendo uso da evidência, com um conjunto claro de metas e objetivos (Wilson, Rees e Fordham, 2006) e

baseado em critérios explícitos e procedimentos sistemáticos (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Pinho e Veiga (2010) referem que, com poucas exceções, o debate assume a adoção de um processo explícito como inevitável e centra a discussão em questões referentes à definição dos critérios de priorização, reconhecimento das consequências distributivas e éticas da adoção desses critérios, identificação dos intervenientes a envolver na fixação de prioridades e na escolha do processo a privilegiar, técnico ou político.

No entanto, para Wilson, Rees e Fordham (2006), existem restrições práticas na implementação de qualquer abordagem estruturada e de natureza estritamente técnica à definição de prioridades, como por exemplo, a disponibilidade de dados, a incerteza e a existência de objetivos concorrentes. Os responsáveis pela definição de prioridades têm de enfrentar a necessidade de tomar decisões em condições de falta de informação de qualidade e, provavelmente, com conflitos entre os objetivos (Ham e Coulter, 2001).

Consequentemente, qualquer esquema pragmático irá necessariamente desviar-se do seu ideal teórico e, para além disso, as tentativas de corrigir as inconsistências subsequentes podem apresentar falhas próprias (Wilson, Rees e Fordham, 2006), pelo que a abordagem explícita a este processo carrega o seu próprio conjunto de dificuldades uma vez que lidera o caminho para um novo território, inexplorado, e altamente controverso (Tragakes e Vienonen, 1998).

A tomada de decisão entre cursos alternativos de ação implica a existência de juízos de valor. O problema surge quando os juízos de valor que suportam a escolha não são explicitados. Se assim acontecer, então, a forma tradicional de racionamento implícito está meramente a dar lugar a uma versão mais sofisticada (Tragakes e Vienonen, 1998).

Kenny e Joffres (2008) argumentam que, pelo menos, algumas das falhas do processo podem ser atribuídas à falta de clareza e rigor em relação às questões éticas envolvidas na priorização explícita, sendo de grande importância a identificação explícita dos três conjuntos interdependentes de valores envolvidos: a finalidade da priorização, o processo utilizado e os critérios utilizados na determinação das prioridades (Kenny e Joffres, 2008).

Deste modo, apesar do amplo consenso sobre a necessidade de uma abordagem explícita, na maior parte dos sistemas de saúde este processo continua a ser implícito, camuflado por uma retórica sobre a importância da clareza e transparência, que acontece devido à falta de conhecimento sobre como proceder, às dificuldades inerentes e complexidade das questões envolvidas e para evitar a responsabilidade dos atores-chave envolvidos (Tragakes e Vienonen, 1998), uma vez que a explicitação torna mais difícil aos decisores políticos evadirem-se da responsabilidade por escolhas difíceis (Ham e Coulter, 2001).

Nos últimos anos, a definição de prioridades tem recebido uma quantidade crescente de atenção, devido ao aumento da percepção de que as práticas implícitas tradicionais são inadequadas para resolver o problema de alocação de recursos (Tragakes e Vienonen, 1998).

Assim, alguns países têm feito avanços significativos no processo de estabelecimento de prioridades em saúde, abordando esta questão mais diretamente do que no passado, nomeadamente a Espanha, onde os planos regionais de saúde das comunidades autónomas fizeram progressos notáveis nessa área, embora o nível de formalização e o grau de transparência e participação sejam heterogéneos (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Uma revisão da experiência internacional na determinação de prioridades explícita concluiu que não existem soluções simples ou técnicas para o dilema desta problemática. A definição de prioridades explícita é um processo contínuo que não é passível de uma solução única e definitiva (Ham e Coulter, 2000).

O desafio será, assim, melhorar não só as abordagens técnicas que informam as decisões sobre prioridades, como também os processos de decisão, através do desenvolvimento de instituições capazes de utilizarem essas técnicas e do envolvimento da população e de todos os intervenientes no debate (Ham e Coulter, 2001).

Deste modo, o debate em torno da tipologia implícito versus explícito estende-se ao debate em torno de dois outros elementos: por um lado a definição, ou não, de critérios sistemáticos no estabelecimento de prioridades e, por outro, a participação, ou não, da população no debate e na tomada de decisões. (Pinho e Veiga, 2010)

A implementação de sistemas com carácter mais explícito e transparente continua em discussão na literatura (Pinho e Veiga, 2010). Para estas autoras, dotar o racionamento de um carácter explícito, transparente e legítimo constitui um objetivo ambicioso, controverso e complexo para o qual não parecem haver soluções certas ou únicas, sendo que estas dependem da vontade política e do contexto cultural e real de cada país.

A explicitação na definição de prioridades envolve o desenvolvimento e a utilização de critérios técnicos como base para a escolha entre utilizações concorrentes dos recursos (Tragakes e Vienonen, 1998). Estas abordagens técnicas são agrupadas, por estes autores, em três categorias gerais: a epidemiológica, a económica e a medicina baseada na evidência.

A abordagem epidemiológica na definição de prioridades é baseada nas necessidades em saúde, sendo que os dados epidemiológicos constituem as principais medidas de necessidade (Tragakes e Vienonen, 1998). Segundo estes autores, a epidemiologia analisa

os padrões de morbidade e mortalidade em todas as áreas geográficas, faixas etárias e grupos sociais e acumula informações sobre a carga relativa de doença. Esta informação pode, então, ser utilizada na determinação das necessidades de saúde, priorizando-as com base na sua importância relativa para a sociedade e, posteriormente, na alocação dos recursos de acordo com a sua classificação relativa (Tragakes e Vienonen, 1998).

Esta abordagem, segundo Tragakes e Vienonen (1998), apresenta dificuldades dado existirem múltiplas formas de medir as necessidades em saúde e a carga da doença, sendo que cada forma poderá fornecer respostas diferentes e, portanto, um diferente ordenamento de prioridades. A escolha dos critérios determinará, assim, as prioridades selecionadas (Tragakes e Vienonen, 1998). Uma limitação adicional da abordagem baseada nas necessidades é, de acordo com estes autores, a não consideração dos custos de cursos alternativos de ação.

Uma vez que a definição de prioridades resulta da necessidade em maximizar os recursos limitados, os custos económicos de alternativas podem tornar-se uma consideração importante (Tragakes e Vienonen, 1998), sendo este o foco de atenção da abordagem económica.

De um modo geral, esta abordagem assenta na análise económica do problema de alocação de recursos entre as exigências concorrentes (Tragakes e Vienonen, 1998). Segundo estes autores, a análise económica examina o problema do ponto de vista dos custos económicos e dos benefícios dos programas ou das intervenções alternativas, sendo que existem diversas formas para definir e operacionalizar os custos e os benefícios.

A avaliação económica apenas se incorpora na tomada de decisões de priorização sobre novas tecnologias da saúde, à exceção de alguns países como o Reino Unido, o Canadá e a Austrália, tendo-se avançado pouco no terreno da incorporação da avaliação económica no procedimento de determinação de prioridades (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008). No entanto, para estes autores, a avaliação económica devia ser incorporada, paulatinamente, no processo de planeamento para informar as decisões, ainda que se reconheça que, nos países onde já se verifica, a influência dos seus resultados na tomada de decisão é pouco mais do que marginal.

Por último, Tragakes e Vienonen (1998), identificam a abordagem da medicina baseada na evidência, cuja investigação poderá identificar a eficácia das intervenções, possibilitando a libertação de recursos das intervenções ineficazes para investimento nas intervenções mais eficazes.

As dificuldades desta abordagem prendem-se, sobretudo, com o tempo necessário para gerar novos conhecimentos como no grande grau de incerteza sobre os processos de

intervenção médica. Por último, os autores salientam, ainda, o facto de novos conhecimentos médicos poderem levar a intervenções que não são apenas mais eficazes mas também mais dispendiosas do que as anteriores (Tragakes e Vienonen, 1998).

As abordagens técnicas descritas podem ser utilizadas em conjunto e complementarem-se mutuamente, combinando-se para conduzir a melhores e mais refinadas técnicas de definição de prioridades (Tragakes e Vienonen, 1998).

Princípios e valores na determinação de prioridades

A evidência não é livre de valor; os valores estão subjacentes a todas as opções políticas e juízos normativos implícitos, estando muitas vezes escondidos em critérios técnicos, pelo que se afigura necessário tornar transparentes os valores inerentes ao processo (Kenny e Joffres, 2008).

Os princípios e valores guiam o processo de determinação de prioridades (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008). Estabelecer um quadro ético explícito ou um conjunto de valores é importante, não porque seja possível traduzir esse quadro num conjunto de prioridades, mas porque ajuda a tornar clara a natureza das compensações ou *trade-offs* que são feitos na decisão (Ham, 1997).

Todos os processos de determinação de prioridades, de vários países, analisados por Sabik e Lie (2008), iniciaram a discussão estabelecendo um conjunto de princípios médicos, filosóficos e económicos, sobre os quais fundamentar as prioridades. Com princípios múltiplos, o desafio consiste em determinar a forma de equilibrá-los quando entram em conflito (Sabik e Lie, 2008).

Enquanto certos valores são percebidos como importantes em todos os sistemas, há ainda pouco consenso aparente sobre os valores fundamentais que devem informar a definição de prioridades, assim como sobre sua importância relativa (Ham, 1997). No entanto, Kenny e Joffres (2008) afirmam que, apesar da sua importância fundamental, esta análise da política normativa explícita continua a ser um elemento negligenciado.

Todos os sistemas de saúde são baseados em alguma teoria de justiça, não importa quão vagamente formulada, mas aquelas que mais comumente estabelecem as bases para o financiamento público, disposição ou regulação dos sistemas de cuidados de saúde assentam em algum conceito de equidade ou igualdade (Tragakes e Vienonen, 1998).

Tragakes e Vienonen (1998) identificam três dos principais princípios de distribuição que orientam e fundamentam a determinação de prioridades: a distribuição de acordo com as necessidades, a distribuição pelo mérito e a distribuição utilitarista.

Segundo estes autores, o princípio mais comumente encontrado para a definição de prioridades, que é invocado como fundamentação para muitas práticas reais de alocação de recursos, é a alocação de acordo com a necessidade, sendo a abordagem mais igualitária do racionamento.

O segundo princípio identificado por Tragakes e Vienonen (1998) para a distribuição está um pouco afastado dos princípios igualitários, centrando-se na noção de mérito, ou seja, no reconhecimento de características particulares dos indivíduos, pelas quais ganham atenção especial, como, por exemplo, as crianças ou os idosos.

Por fim, o terceiro princípio, o utilitarismo, envolve o fundamento de que a correção de qualquer ação é determinada por um único critério: contribui para o maior bem do maior número de pessoas, pelo que se traduz numa alocação que maximiza o ganho geral em utilidade, resultante dos recursos disponíveis (Tragakes e Vienonen, 1998). Seguindo este princípio, os ganhos coletivos ou sociais têm prioridade sobre os ganhos individuais, o que significa que um certo nível de doença para algumas pessoas seria aceitável, se permitiu a realização de um maior nível de saúde para outras pessoas (Tragakes e Vienonen, 1998).

Embora a abordagem baseada nas necessidades faça o seu caminho com mais frequência na prática real de definição de prioridades, as outras duas abordagens são, por vezes, invocadas como fundamentação para determinadas atividades de alocação de recursos (Tragakes e Vienonen, 1998). De acordo com estes autores, todas as três abordagens têm limitações práticas, mas podem fornecer diretrizes gerais para a definição de prioridades.

Os princípios ajudam a garantir que a priorização seja consistente com os valores da sociedade e com as suas metas para o sistema de saúde (Sabik e Lie, 2008). Assim, os decisores voltaram a sua atenção para as formas de reforçar os processos de decisão e gerar legitimidade no processo de determinação de prioridades, dados os limites das abordagens técnicas (Ham e Coulter, 2001).

Dada a necessidade onipresente de fazer escolhas, os esforços devem ser dirigidos para melhorar o processo pelo qual as escolhas são feitas, garantindo que estas irão, na medida do possível, refletir as preferências das sociedades e os seus valores (Tragakes e Vienonen, 1998).

Assim, para que as decisões não sejam tomadas com base, apenas, no aconselhamento de peritos ou nas preferências dos decisores, dever-se-ão procurar formas de envolver a população (Ham e Coulter, 2000).

A transparência e corresponsabilidade no sistema são fortalecidas se os critérios de determinação de prioridades forem explícitos e envolverem a participação e o consenso de todos os agentes no processo: políticos, gestores, profissionais de saúde e cidadãos, como

utilizadores e como contribuintes (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008). Neste sentido, Sabik e Lie (2008) defendem que se deve iniciar um diálogo público para garantir a legitimidade do processo.

A definição de prioridades gera, cada vez mais, debate público, sendo um dos motivos deste desenvolvimento a crescente discussão sobre o futuro do Estado social e a posição dos serviços de saúde com financiamento público dentro dele, dado que muitos países estão a rever os seus sistemas de saúde por forma a gerir os seus recursos de forma mais eficaz (Tragakes e Vienonen, 1998). Um outro fator para o aumento do debate público está ligado às exigências crescentes e às expectativas por parte da população (Ham e Coulter, 2000).

Para Sabik e Lie (2008), um elemento-chave para o envolvimento adequado do público é a transparência na fundamentação das decisões. Embora não haja possibilidade de se recorrer sobre a decisão, a discussão pública e a crítica das justificações apresentadas influenciam, embora indiretamente, a definição de prioridades (Sabik e Lie, 2008).

Por outro lado, Teng, Mitton e MacKenzie (2007) afirmam que a forma ideal de envolvimento da população é através da consulta, em termos gerais, dos valores defendidos pela população e que deverão ser considerados no estabelecimento de prioridades (Ham, 1997).

No entanto, Kipiriri e Norheim (2004) referem que vários estudos que exploram os valores públicos na definição de prioridades descobriram que a população entende os profissionais de saúde como seus representantes legítimos nesta matéria.

Todas as entidades que determinam prioridades em saúde reconheceram a importância da promoção de discussão pública (Sabik e Lie, 2008), sendo que a maioria dos peritos que analisam esses processos rejeitam uma abordagem em que essas decisões sejam tomadas por tecnocratas à porta fechada, sem a participação da população (Sabik e Lie, 2008).

No entanto, para Pinho e Veiga (2010), o envolvimento da sociedade na priorização dos cuidados de saúde tem suscitado controvérsia. Para estas autoras, apesar de haver algum consenso sobre a necessidade de conferir um papel mais interventivo à população, não há consenso sobre os limites e os modelos de participação. Ao nível metodológico, discute-se a forma mais efetiva de obter as preferências dos membros da população (Pinho e Veiga, 2010).

A experiência internacional atesta que têm sido desenvolvidos diferentes métodos para compreender os valores e preferências da população e dos pacientes, através do uso de inquéritos, grupos de discussão, fóruns de consenso e outros métodos. Em alguns casos, estes métodos têm sido utilizados para educar e informar os cidadãos sobre a necessidade de definir prioridades, enquanto que noutros têm ajudado a identificar os valores que a população sente que são importantes na tomada de decisões (Ham e Coulter, 2000). Estes

autores defendem que devem ser feitos esforços continuados para encontrar os mecanismos mais apropriados para garantir este *input*.

Ao nível ético, não parece haver consenso sobre a participação da população no processo de priorização dos serviços de saúde (Pinho e Veiga, 2010). As maiores objeções apontadas a esta participação referem a dificuldade em auscultar um grupo que seja representativo da população, assim como a falta de conhecimentos técnicos especializados e o risco de se cair num processo populista de estabelecer prioridades (Pinho e Veiga, 2010).

Estas autoras afirmam que a população em geral apresenta grandes dificuldades em construir critérios baseados em valores de natureza comunitária, quando têm de proceder a escolhas sobre o estabelecimento de prioridades em saúde para a comunidade. Destacam, ainda, que há fortes indícios de que tendem a negligenciar os cuidados de determinados grupos populacionais e a priorizar intervenções relacionadas com serviços de urgência e emergência em detrimento dos cuidados preventivos.

Dotar a determinação de prioridades de maior transparência tem-se revelado um exercício complexo e controverso (Pinho e Veiga, 2010). Os esforços encetados nesse sentido mostram que o envolvimento da população decorreu de forma e intensidade distintas entre os diferentes países, sendo que estas experiências revelam que as tentativas prosseguidas para envolver a população nas decisões de priorização ficaram aquém dos objetivos delineados (Pinho e Veiga, 2010).

Avaliação do processo de determinação de prioridades

Teng, Mitton e MacKenzie (2007) analisaram o processo de determinação de prioridades nos serviços regionais de saúde do Canadá, tendo identificado como debilidades do procedimento: a tomada de decisão central, criando um sentimento de impotência entre os gestores; a falta de verdadeira responsabilização na conservação de recursos; a mentalidade de “fazer tudo”, impeditiva de identificar possíveis desinvestimentos; o incentivo para gastar mais, dado a eficiência não ser recompensada; a falta de competências e de instrumentos que suportem a alocação de recursos; a falta de vontade em libertar recursos dos orçamentos próprios para financiar investimentos noutros locais; o receio de ser explícito na definição de prioridades; o cansaço dos decisores na gestão da mudança e a falta de formação em gestão nos profissionais de saúde dirigentes.

Estes autores identificam, ainda, como fatores que influenciam o sucesso da determinação de prioridades, a falta de visão comum, as prioridades concorrentes e os interesses pessoais dos decisores.

A determinação de prioridades é um processo político, influenciado pelos contextos social e económico, pelo que o impacto desses fatores contextuais sobre os resultados da avaliação dos processos de definição de prioridades deve ser avaliado, de forma sistemática, utilizando as condições da responsabilidade pela razoabilidade (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007).

A responsabilidade pela razoabilidade ou *accountability for reasonableness* é um quadro ético para uma definição de prioridades justa (Martin e Singer, 2003), cujo conceito foi desenvolvido por Norman Daniels, que define um conjunto de condições que se devem verificar para que sejam salvaguardadas as garantias fundamentais (Lugarinho, 2004).

Segundo Martin e Singer (2003), a responsabilidade pela razoabilidade tem sido usada para estudar os processos de definição de prioridades, sendo relevante para a avaliação da sua prática.

De acordo com este quadro ético, o processo de determinação de prioridades de uma instituição é justo se reunir as suas quatro condições: relevância, publicidade, recursos e execução (Martin e Singer, 2003).

A condição de relevância dita que a fundamentação para a determinação de prioridades deve assentar em razões, ou seja, evidências, princípios, valores e argumentos, que as pessoas com bom-senso possam concordar como pertinentes dadas as circunstâncias (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007; Teng, Mitton e MacKenzie, 2007).

A segunda condição, de publicidade, determina que as decisões e as suas justificações devem estar acessíveis à população (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007; Teng, Mitton e MacKenzie, 2007).

A condição de recurso define que deve haver um mecanismo de revisão, que permita rever as decisões à luz das considerações dos intervenientes (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007; Teng, Mitton e MacKenzie, 2007).

Por último, a condição de cumprimento ou execução define que deve haver um mecanismo regulador do processo que garanta que as três condições anteriores são cumpridas (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007; Teng, Mitton e MacKenzie, 2007).

A responsabilidade pela razoabilidade constitui o principal quadro ético para a definição de prioridades, dado ser o único caminho empiricamente baseado, eticamente justificado e focado no processo, podendo ser utilizado como lente de análise para facilitar a aprendizagem social sobre a definição de prioridades (Martin e Singer, 2003).

Sabik e Lie (2008) definem como critérios para avaliar os esforços de estabelecimento de prioridades em saúde: a participação pública, a utilização de princípios adequados e o seu efeito sobre a política e a prática.

A participação pública refere-se à promoção de discussão pública que vise informar a população sobre a necessidade e as opções de definição de prioridades, assim como obter o *input* da população acerca dos seus valores e preferências (Sabik e Lie, 2008).

Os princípios adequados aludem ao estabelecimento de um conjunto de princípios coerente, específico e orientador da ação, que seja publicamente aceitável e em que as prioridades se baseiem, incluindo um método equilibrado e com utilidade prática na determinação de prioridades (Sabik e Lie, 2008).

Como efeito sobre a política e a prática, estes autores definem um processo com um impacto sustentado sobre políticas e práticas, incluindo a instituição de um processo de revisão, avaliação e reapreciação das prioridades definidas.

As características de um processo de determinação de prioridades robusto são: uma sólida compreensão da definição de prioridades, reduzindo a incerteza e o risco e sendo as suas decisões mais robustas à contestação; resultados coesos, uma vez que, quando existe um entendimento comum de como a determinação de prioridades será realizada e quando todos os envolvidos agem de acordo com esse entendimento, isso leva a um elevado grau de coerência na tomada de decisões; e um comportamento consistente na palavra, na tomada de decisão e na ação (United Kingdom, 2007).

De acordo com este documento, as organizações que demonstram estas características estão em melhor posição para lidar com muitos dos desafios e ameaças a um processo de determinação de prioridades justo.

Teng, Mitton e MacKenzie (2007) acrescentam como estratégias a adotar na melhoria do processo de determinação de prioridades a definição de metas, resultados e referências para o sucesso e a formação dos envolvidos.

O processo de determinação de prioridades deve ter a sua própria estratégia, plano de implementação e uma equipa dedicada (United Kingdom, 2008).

A chave para o sucesso deste processo é a utilização de uma abordagem que seja mais construtiva, interdisciplinar, prática e acessível para os decisores (Martin e Singer, 2003).

As organizações que adotam um processo racional transparente e bem documentado permitem uma tomada de decisão coerente, eficiente e oportuna, permitindo ainda que o processo possa ser auditado de forma mais aprofundada. (United Kingdom, 2007)

A determinação de prioridades no Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, dispõe, na base XXVII, que “as administrações regionais de saúde são responsáveis pela saúde das populações da respectiva área geográfica, coordenam a prestação de cuidados de saúde de todos os níveis e adequam os recursos disponíveis às necessidades, segundo a política superiormente definida e de acordo com as normas e diretivas emitidas pelo Ministério da Saúde”.

O Plano Estratégico 2011-2016 da ARSLVT, documento que estabelece o rumo da instituição para o próximo triénio, prevê que, depois de identificados os problemas de saúde, determinadas as necessidades, identificados os precursores e as consequências dos problemas e feita a sua avaliação prognóstica, sejam identificados os programas prioritários cujo financiamento será privilegiado (Portugal, 2011f).

Neste sentido, o objetivo da determinação de prioridades no PRS é a identificação dos problemas de saúde prioritários na área de influência da ARSLVT, sendo que alguns terão uma abordagem programática por forma a garantir uma resposta coordenada aos objetivos estratégicos (Portugal, 2011d).

A determinação de prioridades não significa, necessariamente, que apenas tenha de haver preocupação pelos problemas definidos como prioritários (Pineault e Daveluy, 1987). A consequência da priorização será um financiamento privilegiado aos problemas identificados como prioritários (Portugal, 2011d).

2.5. CRITÉRIOS DE DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES EM SAÚDE

Seleção dos critérios de priorização

Todos os processos de decisão englobam sempre, de forma mais ou menos explícita, a adoção de critérios ponderados, com base nos quais se opta entre as alternativas possíveis (Tavares, 1990).

Pineault e Daveluy (1987) definem os critérios de determinação de prioridades como as características de referência que permitem discernir entre dois elementos comparáveis ou de características mensuráveis, às quais se atribuem valores normativos. Baltussen e Niessen (2006) acrescentam, ainda, que os critérios são as medidas de desempenho pelas quais as opções serão avaliadas, pelo que devem ser cuidadosamente selecionados.

A definição dos critérios e a sua ponderação é crucial em todo o processo de determinação de prioridades, uma vez que é com base nos critérios definidos, e respectiva ponderação

relativa, que se obterá, no final desta etapa, a lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1990).

O principal óbice ou defeito desta etapa é a subjetividade de que está carregada, uma vez que a escolha e ponderação dos critérios dependem excessivamente do planeador (Imperatori e Giraldes, 1992).

Apesar de muitos critérios de determinação de prioridades terem sido propostos e debatidos (Kapuriri e Norheim, 2004), não existem critérios universais e métodos de os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes, sendo que a aplicação de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992). Um conjunto único e universal de critérios não refletiria adequadamente as variações socioeconómicas e culturais que explicam essas preferências (Baltussen et al., 2010)

A seleção destes critérios é, assim, muito subjetiva (Tavares, 1990), baseando-se em juízos de valor (Pineault e Daveluy, 1987). No entanto, esta etapa deve ser tão objetiva quanto possível, pelo que o recurso a uma técnica de obtenção de consenso de grupo poderá contribuir para minimizar a sua subjetividade (Tavares, 1990). Segundo este autor, quanto maior for o grupo e maior a sua multidisciplinaridade, tanto mais objetivos serão os critérios escolhidos e respectivas ponderações. Desta maneira, o inconveniente da subjetividade é superado pela explicitação dos critérios utilizados na escolha, objetivando o valor e limitações do plano (Imperatori e Giraldes, 1992).

Para Sánchez, Abellán e Martínez (2008), a identificação e a seleção de critérios de priorização deve ser fruto da participação e do consenso entre políticos, gestores, profissionais e cidadãos. Mitton e Donaldson (2004) referem que antes de examinar as opções para a mudança, o painel deve determinar um conjunto de critérios de tomada de decisão em que a atividade será baseada, sendo que estes critérios deverão refletir os valores da organização, do sistema de saúde ou, mais amplamente, da sociedade em geral.

A Organização Mundial de Saúde alerta, ainda, para a necessidade de uma correta aplicação dos critérios em todos os níveis de decisão (WHO, 1997).

Os critérios devem ser, na medida do possível, exaustivos, para evitar uma subestimação do benefício, e mutuamente exclusivos, para evitar a sua sobrevalorização (Wilson, Rees e Fordham, 2006).

No seu estudo, Platonova et al. (2010), concluem que os critérios baseados em evidências objetivas eram utilizados com menos frequência do que os critérios subjetivos, ainda que a sua importância fosse mais reconhecida. Estes autores referem que os potenciais obstáculos à aplicação de critérios objetivos são: a disponibilidade de dados úteis, a

capacidade limitada de análise e a falta de recursos flexíveis que permitam resolver os problemas objetivamente priorizados.

Pineault e Daveluy (1987) alertam, ainda, para o facto de, na ausência ou impossibilidade de obtenção de dados objetivos, a apreciação do comportamento de um problema face a um determinado critério baseia-se, igualmente, em juízos de valor.

Baltussen e Niessen (2006) dividem os critérios de determinação de prioridades em cinco grupos: o primeiro, e identificado por estes autores como, provavelmente, o mais importante, é o desejo social de maximizar a saúde da população; o segundo refere-se à distribuição da saúde na população; o terceiro conjunto de critérios corresponde às preferências da sociedade; o quarto refere-se às limitações orçamentais e práticas que os decisores políticos enfrentam; por fim, o quinto refere-se aos critérios políticos, que podem desempenhar um papel importante. Os autores referem, no entanto, que esta listagem poderá não ser exaustiva (Baltussen e Niessen, 2006).

Pineault e Daveluy (1987) referem que os principais critérios para estabelecer prioridades de saúde se enquadram no âmbito da determinação da importância do problema, da capacidade de solucioná-lo e da exequibilidade da solução.

Magnitude

Neste sentido, a magnitude é o critério mais simples e conhecido, sendo utilizado para definir a importância de um problema de saúde (Imperatori e Giraldes, 1992). Platonova et al. (2010) referem que, no seu estudo, se verificou um acordo praticamente uniforme sobre a importância deste critério.

A magnitude foi identificada como critério de priorização de problemas de saúde por muitos autores (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1992; Sánchez, Abellán e Martínez, 2008; Asua e Taboada, 2005; Pineault e Daveluy, 1987; Platonova et al., 2010; Tragakes e Vienonen, 1998; Segal e Chen, 2001; Canada, [2011?]; Teixeira et al., 2010).

Este critério caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1992). De acordo com Teixeira et al. (2010), a magnitude refere-se ao tamanho do problema e pode ser dimensionada em função do volume da população atingida pelo mesmo. Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault; Daveluy, 1987).

Geralmente, a magnitude de um problema é definida em função dos indicadores epidemiológicos, ou seja, a morbimortalidade atribuída ao problema (Teixeira et al., 2010), sendo que Sánchez, Abellán e Martínez (2008) referem a incidência e a prevalência como as medidas deste critério.

Vulnerabilidade

A vulnerabilidade, ou capacidade de solucionar um problema (Pineault e Daveluy, 1987), também relacionada com o conceito de efetividade por Sánchez, Abellán e Martínez (2008), é identificada como critério de priorização de problemas de saúde por Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1992), Achterberg (2007), Sánchez, Abellán e Martínez (2008), Pineault e Daveluy (1987), WHO (1997), Platonova et al. (2010), Segal e Chen (2001) e Teixeira et al. (2010).

A vulnerabilidade corresponde à possibilidade de intervenção (Tavares, 1990), ou seja, à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva (Pineault e Daveluy, 1987), cuja eficácia seja conhecida (WHO, 1997).

A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault e Daveluy, 1987).

De acordo com Imperatori e Giraldes (1992), a vulnerabilidade é a possibilidade de evitar uma doença segundo a tecnologia atual disponível na área, pelo que este critério se afigura fundamental, uma vez que o processo de planeamento pretende utilizar os recursos onde produzem maior efeito (Imperatori e Giraldes, 1992).

Teixeira et al. (2010) acrescenta sobre a importância deste critério que, ainda que um problema seja considerado de grande magnitude, se o sistema de saúde não dispuser de condições organizativas e tecnológicas para enfrentá-lo, não será conveniente considerá-lo prioridade.

Gravidade

A gravidade do problema é identificada como critério de priorização por Tavares (1990), Asua e Taboada (2005), Platonova et al. (2010), Pineault e Daveluy (1987), Imperatori e Giraldes (1992), Sánchez, Abellán e Martínez (2008), Sabik e Lie (2008), Kenny e Joffres (2008), Hauck, Smith e Goddard (2004) e Lyttkens (2001).

A gravidade, ou severidade das consequências (Platonova et al., 2010) pode ser definida de múltiplas formas, podendo ser analisada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos associados ao problema (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987; Sánchez, Abellán e Martinez, 2008).

Imperatori e Giraldes (1992) definem que deverá ser dada maior prioridade aos problemas que provoquem sequelas, consequências e cujos danos sejam irreversíveis.

Exequibilidade

A exequibilidade é identificada como critério de priorização de problemas de saúde por Tavares (1990), Pineault e Daveluy (1987), Asua e Taboada (2005), Sánchez, Abellán e Martínez (2008), Segal e Chen (2001), Kenny e Joffres (2008) e Robinson (1999).

Este critério refere-se à viabilidade de execução tecnológica, económica, deontológica (Tavares, 1990), legal, organizacional, sociocultural, ética (Pineault e Daveluy, 1987) e política (Pineault e Daveluy, 1987; Robinson, 1999) da(s) intervenção(ões) possível(eis).

Relativamente à exequibilidade económica, Teixeira et al. (2010) referem que o custo estimado da intervenção sobre o problema é um fator importante a considerar, na medida em que, quanto mais barata for a intervenção, mais facilmente um problema poderá ser considerado prioritário, sendo que, quanto mais cara a intervenção, mais difícil será garantir a sua resolução.

No que diz respeito à exequibilidade política, Robinson (1999) refere ser de particular importância no contexto da definição de prioridades em saúde.

De acordo com Pineault e Daveluy (1987), como toda a decisão é resultado de um processo essencialmente político, há que reconhecer que as prioridades estão determinadas por fatores sociais, contextuais e organizacionais. Assim, segundo estes autores, estes fatores estão presentes e formulados mais ou menos claramente no momento da decisão, devendo ser considerados como parte integrante do processo de determinação de prioridades.

Baltussen e Niessen (2006) acrescentam, ainda, que os grupos de interesse da sociedade exercem a sua influência sobre os decisores políticos para dar prioridade a intervenções de acordo com os seus objetivos, sendo que os decisores políticos podem ser sensíveis a esta pressão com o objetivo de maximizar o apoio político.

Aceitabilidade

A aceitabilidade é reconhecida como critério de determinação de prioridades por Tavares (1990), Imperatori e Giraldes (1992), WHO (1997), Pineault e Daveluy (1987), Sabik e Lie (2008), Ham (1997), Segal e Chen (2001), Sánchez, Abellán e Martínez (2008), Kenny e Joffres (2008) e Platonova et al. (2010).

Este critério refere-se à aceitabilidade da população (Tavares, 1990) e às necessidades sentidas pela comunidade (Ham, 1997).

De acordo com Pineault e Daveluy (1987), a perspetiva da população, que tenha em conta os seus problemas e necessidades, deve servir de guia ao processo do planeamento estratégico.

Para Imperatori e Giraldes (1992), a receptividade, a insatisfação, o comprometimento ou o grau de controlo da população sobre um problema podem ser elementos a considerar na escolha de prioridades.

Evolução

A evolução, ou tendência, é identificada como critério de determinação de prioridades por Imperatori e Giraldes (1992), WHO (1997) e Platonova et al. (2010), sendo definido como a possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente (Imperatori e Giraldes, 1992).

Carga da doença

A carga da doença é identificada por muitos autores como um critério de determinação de prioridades em saúde (Achterberg, 2007; Segal e Chen, 2001; Hauck, Smith e Goddard, 2004; Kenny e Joffres, 2008; WHO, 1997), sendo definida como a carga de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998).

Diversos indicadores são utilizados como medida da carga da doença. Um indicador frequentemente utilizado, que mede o impacto da doença sobre a mortalidade, envolve a utilização do conceito de morte prematura e, portanto, o cálculo do número de anos de vida perdidos – Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) ou *Years of Potential Life Lost* (Tragakes e Vienonen, 1998).

O principal indicador utilizado para sumarizar a carga de mortalidade prematura e de incapacidade são os Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade ou *Disability Adjusted Life Years* (DALY) (Wiseman e Mooney, 1998), sendo uma medida abrangente da saúde de uma população (Lyttkens, 2001), que permite que questões muito diferentes possam ser comparadas de forma consistente (Canada, 2011?).

O DALY é definido, por Lyttkens (2001), como uma medida de quantos anos de vida ajustados pela incapacidade uma pessoa ou uma população perde devido a um problema de saúde, em comparação com uma situação ideal onde não há perda de função ao longo da vida de uma pessoa, compreendendo os AVPP e os Anos Vividos com Incapacidade ou *Years Lived with Disability* (Segal e Chen, 2001).

No entanto, Achterberg (2007) afirma que, apesar de ser um indicador útil, os DALY baseiam-se em muita estimação e suposição ao invés de assentarem em dados de qualidade.

No início dos anos 1990, o Banco Mundial expandiu as medidas epidemiológicas de mortalidade para o conceito de análise da carga da doença (Baltussen e Niessen, 2006). De

acordo com estes autores, a carga da doença mede a doença em termos de morbidade e mortalidade, sendo que os seus defensores consideram a sua análise como uma ajuda importante para a definição de prioridades dado permitir orientar as políticas de saúde na focalização da intervenção nas áreas de doença mais importantes. Outros argumentam que não tem uma base conceptual para a definição de prioridades em saúde, uma vez que a dimensão de um problema de doença não tem relação com o seu potencial de redução efetivo (Baltussen e Niessen, 2006).

Wiseman e Mooney (1997) acrescentam, ainda, que a análise da carga da doença não contribui para um uso mais eficiente dos recursos existentes. Estes autores alertam que, em termos de política de saúde, o seu principal perigo é ser utilizada pelos decisores políticos como uma alternativa pragmática às análises de custo-efetividade, custo-utilidade e custo-benefício, sendo que, se estas análises não forem, também, tidas em conta, então os recursos não serão direcionados para o seu uso mais eficiente (Wiseman e Mooney, 1997).

Equidade

A equidade é reconhecida como critério de determinação de prioridades por diferentes autores (WHO, 1997; Achterberg, 2007; Segal e Chen, 2001; Hauck, Smith e Goddard, 2004; Sabik e Lie, 2008; Kenny e Joffres, 2008; Sánchez, Abellán e Martínez, 2008; United Kingdom, 2007).

A equidade é definida como a ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al., 2008, Marmot, 2007, OMS, 2010 cit. por Portugal, 2011a), sendo que os últimos anos têm assistido a uma maior atenção para a análise da equidade na saúde (Baltussen e Niessen, 2006).

Para Segal e Chen (2001), grandes diferenças nos resultados da saúde entre grupos identificáveis, ajustadas pela idade, são amplamente vistas como inaceitáveis. Para estes autores, a distribuição de saúde é motivo de preocupação para a sociedade e não apenas a saúde global.

Hauck, Smith e Goddard (2004) salientam que a maioria das considerações sobre a equidade podem ser capturadas em duas grandes categorias: a equidade relacionada com o conceito de necessidade em saúde e a equidade relacionada com o acesso aos serviços.

Por outro lado, de acordo com o estudo de Asua e Taboada [2005?], que analisaram o processo de determinação de prioridades a nível internacional, vários países reconheceram a equidade como um valor ao invés de um critério de priorização, sendo que Sánchez,

Abellán e Martínez (2008), que realizaram um estudo similar, referem ser um dos valores citados com maior frequência.

A Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, dispõe ser objetivo fundamental da política de saúde, obter a igualdade dos cidadãos no acesso aos cuidados de saúde, seja qual for a sua condição económica e onde quer que vivam, bem como garantir a equidade na distribuição de recursos e na utilização de serviços, sendo o SNS caracterizado por garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados. Na Base II, referente à política de saúde, a Lei de Bases da Saúde dispõe, ainda, que são tomadas medidas especiais relativamente a grupos sujeitos a maiores riscos, tais como as crianças, os adolescentes, as grávidas, os idosos, os deficientes, os toxicodependentes e os trabalhadores cuja profissão o justifique.

Alinhamento estratégico com o nível nacional

O alinhamento estratégico com o nível nacional é identificado como critério de determinação de prioridades por Segal e Chen (2001), Wilson, Rees e Fordham (2006) e Sánchez, Abellán e Martínez (2008).

Este critério prioriza os problemas de saúde de acordo com a sua consistência com as prioridades definidas a nível nacional (Segal e Chen, 2001) e alinhamento estratégico com o sistema de saúde público (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Custo da doença

O custo da doença é reconhecido como critério de determinação de prioridades por Achterberg (2007) e por Segal e Chen (2001).

Pereira, Mateus e Amaral (1999), definem o custo da doença como a forma de avaliação económica que estima as despesas e o valor da produção perdida devido a determinada doença.

Assim, o custo da doença mede os custos do tratamento de uma doença particular em conjunto com os custos que surgem como resultado dessa doença, alegando-se que este critério pode ser uma base útil para definição de prioridades (Wiseman e Mooney, 1998).

Para Imperatori e Giraldes (1992), os problemas que determinem uma grande despesa, ou com efeito negativo na produtividade, poderão ter maior prioridade.

Achterberg (2007), embora refira ser possível uma indicação clara dos custos das doenças, afirma que os dados dependem de várias fontes e exigem um esforço complexo. Por outro

lado, este autor afirma que grande parte dos custos em cuidados de saúde não pode ser vinculado a doenças, assim como estão fortemente dependentes da idade.

Benchmarking

O *benchmarking* é identificado como critério de determinação de prioridades por Achterberg (2007) e por Platonova et al. (2010), sendo definido como um processo sistemático e contínuo de medir e comparar as práticas de uma organização com outras, no sentido de obter informações que possam ajudar a melhorar o seu nível de desempenho, sendo a sua ideia básica a fixação de objetivos, com base numa referência estabelecida, já observada (Cruz, 2002).

O Alto Comissariado da Saúde defende, assim, no contexto do *benchmarking* nos planos regionais de saúde, a análise do potencial de saúde através da comparação com Portugal-Continental e com as outras regiões de saúde (Portugal, 2011b).

Para Achterberg (2007), o *benchmarking* afigura-se muito útil para a definição de políticas de saúde, podendo desempenhar um papel na redução das desigualdades em saúde. Para melhorar este processo, o autor refere serem necessários mais e melhores dados.

Transcendência social

A transcendência social é identificada como critério de determinação de prioridades por Imperatori e Giraldes (1992), Tavares (1990) e Teixeira et al. (2010), sendo definida como a importância segundo grupos etários, ou seja, a ponderação por grupos etários, de maneira a valorizar as mortes nos diferentes grupos de idade (Imperatori e Giraldes, 1992). Estes autores salientam que este critério tem uma base discutível, dado considerar a vida humana com valores diferentes segundo as idades.

Conformidade legal

Imperatori e Giraldes (1992), Tavares (1990) e United Kingdom (2007) identificam como critério de determinação de prioridades a conformidade legal, sendo o argumento para a sua inclusão, as facilidades existentes na resolução de problemas sobre os quais já existe legislação favorável (Imperatori e Giraldes, 1992).

Capacidade de prevenção

A capacidade de prevenção é assumida como critério de determinação de prioridades por Achterberg (2007) e por Platonova et al. (2010). Para Achterberg (2007), uma parte significativa do total da carga da doença é prevenível e, por outro lado, abordar os fatores de risco poderá reduzir as desigualdades em saúde.

É de salientar que a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, dispõe na Base II, referente à política de saúde, que a promoção da saúde e a prevenção da doença fazem parte das prioridades no planeamento das atividades do Estado.

Custo-efetividade

O custo-efetividade ou eficiência (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008), é reconhecido como critério de determinação de prioridades por estes autores e por Asua e Taboada [2005?], United Kingdom (2007), Canada [2011?], Platonova et al. (2010) e Kenny e Joffres (2008).

A análise custo-efetividade compara os benefícios de saúde associados com os gastos de recursos adicionais (Tragakes e Vienonen, 1998). Assim, para estes autores, esta análise informa sobre quais as intervenções que podem dar origem a maiores benefícios de saúde para um dado nível de custo, sendo que uma atividade específica justificar-se-á se os benefícios decorrentes da sua execução excederem os custos.

A análise custo-efetividade é alternativamente denominada análise custo-benefício, quando os benefícios são expressos em termos monetários (Tragakes e Vienonen, 1998).

Por outro lado, a análise de custo-utilidade difere da análise de custo-benefício na medida em que a utilidade é medida em Anos de Vida Ajustados pela Qualidade ou *Quality Adjusted Life Years* (QALY) (Tragakes e Vienonen, 1998).

No entanto, existem limitações à utilização da abordagem de ganhos em QALY (Wilson, Rees e Fordham, 2006). Estes autores referem que os QALY são sensíveis à ferramenta utilizada para a avaliação da qualidade de vida, não podendo capturar todas as dimensões da qualidade de vida relevantes para o indivíduo.

Outros critérios

Para além dos critérios enunciados, outros critérios foram reconhecidos por diferentes autores, para a determinação de prioridades.

O potencial epidémico, ou potencial para a propagação epidémica, foi identificado como critério de determinação de prioridades por Achterberg (2007) e pela Organização Mundial de Saúde (WHO, 1997).

Achterberg (2007), identificou, ainda, como critérios de priorização os riscos futuros, o “*container issue*” e a progressão dos problemas de saúde.

Num documento do *National Health Service* (NHS) sobre a determinação de prioridades nos *Primary Care Trust*, são identificados como critérios de priorização o risco clínico, o risco de

serviço, as prioridades locais declaradas, a acessibilidade e a confiança na evidência clínica (United Kingdom, 2007).

O conhecimento da relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, a pertinência da implementação de um projeto e a disponibilidade de recursos são critérios de determinação de prioridades identificados por Tavares (1990).

Sánchez, Abellán e Martínez (2008) compilaram os critérios de priorização utilizados pelas comunidades autónomas de Espanha na determinação de prioridades em saúde. Neste estudo, para além dos critérios já enunciados, foram, ainda, identificados por estes autores o impacto social e a dor, utilizados pela comunidade autónoma das ilhas Baleares e o impacto previsível a curto e médio prazo e o fomento da participação comunitária, utilizados pela Comunidade Valenciana.

Estes autores identificaram, também, como critérios de determinação de prioridades, as implicações para a política de saúde e as considerações sociais e éticas.

A carga social foi utilizada como critério de priorização pelas comunidades autónomas das ilhas Baleares e das Astúrias (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008), tendo sido igualmente reconhecida como critério de priorização por Achterberg (2007).

Asua e Taboada [2005?] e Sánchez, Abellán e Martínez (2008) reconheceram, como critério de determinação de prioridades em saúde, a qualidade.

Após analisar os processos de determinação de prioridades a nível internacional e nas comunidades autónomas de Espanha, Sánchez, Abellán e Martínez (2008) reconhecem haver bastante consenso na seleção dos critérios, sendo a magnitude (incidência e prevalência), a gravidade (mortalidade, incapacidade, carga social), a efetividade (ganhos em saúde, vulnerabilidade do problema) e a exequibilidade, os mais comuns.

Ponderação dos critérios de priorização

Os critérios de determinação devem ser ponderados, por forma a refletir a sua importância relativa (Mitton e Donaldson, 2004; Wilson, Rees e Fordham, 2006). Para estes autores, se os critérios não forem explicitamente ponderados, a ausência de ponderação implica pesos iguais entre os critérios, o que pode, ou não, ser reflexo dos valores subjacentes à sua seleção, uma vez que alguns critérios poderão ser considerados mais importantes do que outros.

Baltussen e Niessen (2006) descrevem a utilização da técnica de escolhas discretas ou *discrete choice experiments* para estimar os pesos relativos dos diferentes critérios. Nesta técnica, os entrevistados escolhem a sua opção preferida a partir de conjuntos de intervenções hipotéticas, cada uma composta por um conjunto de critérios que descrevem a

intervenção em causa, com cada critério variando numa faixa de pontuação, sendo os critérios constantes em cada cenário, mas a sua pontuação variável entre intervenções (Baltussen e Niessen, 2006). Para estes autores, a análise das opções escolhidas pelos entrevistados, em cada conjunto, revela o grau em que cada critério é importante.

Depois de definidos os critérios que serão utilizados na determinação de prioridades, é necessário selecionar a forma de os combinar (Imperatori e Giraldes, 1992).

2.6. MÉTODOS DE DETERMINAÇÃO DE PRIORIDADES

Existem inúmeras técnicas utilizadas para tomar decisões, algumas mais racionais e transparentes do que outras (Wilson, Rees e Fordham, 2006).

Para Imperatori e Giraldes (1992), os critérios e as suas combinações determinam o ordenamento dos problemas prioritários. Deste modo, para uma mesma lista de problemas, o seu ordenamento será diferente segundo os critérios que se apliquem ou, com os mesmos critérios, consoante o modo selecionado de os combinar (Imperatori e Giraldes, 1992).

As formas de proceder à determinação das prioridades são múltiplas, sendo os instrumentos que servem para determinar as prioridades numerosos e diversos (Pineault e Daveluy, 1987). Segundo estes autores, a seleção do procedimento a seguir está relacionada com as afinidades dos decisores por um determinado método, assim como com o seu interesse em seguir um procedimento mais ou menos rigoroso, estando disponíveis diferentes instrumentos à sua escolha.

A utilização de critérios, nos diferentes métodos, pode ser sucessiva ou simultânea, sendo que na utilização simultânea se podem distinguir os métodos que utilizam critérios isovalentes e os que utilizam critérios ponderados (Imperatori e Giraldes, 1992).

Face à sua multiplicidade, a seleção do melhor método poderá ser difícil de realizar, podendo ser considerados vários elementos nessa escolha (Pineault e Daveluy, 1987).

Um dos elementos a ter em consideração é o número de problemas, dado que se for elevado, será conveniente fazer uma pré-seleção através de um procedimento de triagem, antes de aplicar um dos métodos específicos de priorização (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).

O número de critérios deve também ser tido em consideração, dado que a priorização será mais complicada em função de um maior número de critérios (Pineault e Daveluy, 1987).

Um outro elemento a ser tido em consideração para a seleção do método de priorização é a liberdade fornecida, por cada um dos métodos, para a escolha dos critérios (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987). Segundo estes autores, alguns dos métodos contêm critérios que

fazem parte integrante da sua utilização, enquanto que outros permitem ao decisor a sua escolha.

Por último, Tavares (1990) e Pineault e Daveluy (1987) identificam, ainda, como elemento a considerar nessa escolha, a possibilidade de atribuir pesos diferentes aos critérios, sendo este aspecto relativamente importante, dado que nem todos os critérios têm o mesmo valor.

Para além destes elementos, deverá ter-se em conta o contexto de utilização do método (Pineault e Daveluy, 1987). Poder-se-á dizer que a escolha da técnica a utilizar deve ter em conta a afinidade do planificador por alguma delas, assim como a sua adequação ao tipo de aplicação a fazer (Tavares, 1990).

Procedimento de triagem

Quando o número de problemas a classificar é elevado, está indicada a realização de uma pré-seleção desses problemas antes da aplicação de um método de priorização (Imperatori e Giraldes, 1987).

O procedimento de triagem não se destina a ordenar de forma definitiva os problemas, mas sim a eliminar aqueles menos importantes (Pineault e Daveluy, 1987). A triagem simples não é, assim, um verdadeiro método de seleção de prioridades, mas permite reduzir o número total de problemas para depois aplicar técnicas de priorização (Imperatori e Giraldes, 1992).

A triagem pode ser aplicada para sucessivos critérios, para aquele considerado mais importante ou utilizando o critério implícito “importância do problema” (Imperatori e Giraldes, 1992), devendo este procedimento ser obtido por consenso no grupo de determinação de prioridades (Tavares, 1990).

Técnicas gerais de ordenação

As técnicas gerais de ordenação são aplicáveis a todos os elementos que necessitem de ser classificados segundo uma ordem de importância, não sendo específicos da determinação de prioridades em saúde (Pineault e Daveluy, 1987).

A escala de medida linear é uma técnica geral de ordenação que consiste numa escala linear contínua de 0 a 1, sendo este o valor correspondente à prioridade máxima (Tavares, 1990). De acordo com este autor, cada membro do grupo de determinação de prioridades atribui um valor desta escala a cada problema, sendo a sua classificação a média dos valores obtidos entre todos os elementos, possibilitando a sua ordenação.

De acordo com Pineault e Daveluy (1987), uma vez que as instruções são breves e fáceis de compreender, esta técnica poderá ser utilizada quando não se podem reunir os

elementos do grupo decisor. Por outro lado, estes autores afirmam que este procedimento favorece as discriminações finas, sendo que, neste sentido, apresenta fiabilidade.

Uma outra técnica geral de ordenação é a comparação por pares, sendo uma técnica semiquantitativa de muito fácil aplicação, tratando-se de uma abordagem prática quando o número de problemas não é muito extenso (Imperatori e Giraldes, 1992). Esta ferramenta para a tomada de decisão é bem conhecida na classificação ou priorização de opções (United Kingdom, 2008).

Esta técnica permite a concentração sobre dois problemas de cada vez (Tavares, 1990), sendo que cada problema é comparado sistematicamente a cada um dos outros, escolhendo-se o mais importante em cada comparação (Imperatori e Giraldes, 1992). Obtém-se, assim, a ordenação final a partir do número de vezes que cada problema foi escolhido como sendo o mais importante (Tavares, 1990).

Este método compara, habitualmente, a importância de cada problema em relação a cada um dos outros, utilizando um critério implícito de importância, sendo possível, no entanto, utilizá-lo para critérios definidos explicitamente (Imperatori e Giraldes, 1992). Existem variantes deste método que envolvem fazer a escolha com base em critérios pré-acordados ou introduzindo ponderações (United Kingdom, 2008).

Este método pode ser realizado numa sessão coletiva com discussão ou utilizando resultados individuais de um conjunto de peritos (Imperatori e Giraldes, 1992).

Como em todos os métodos de determinação de prioridades, os resultados são destinados a serem uma ajuda à tomada de decisão e não um substituto, pelo que, tendo empreendido o exercício, os decisores deverão reunir-se para discutir e negociar o ordenamento e, se necessário, proceder a alguma alteração (United Kingdom, 2008).

O facto de os problemas serem comparados por pares constitui uma grande vantagem desta técnica (Tavares, 1990), permitindo a concentração em apenas dois problemas de cada vez (Pineault e Daveluy, 1987). Segundo estes autores, esta técnica é fácil de realizar e os seus resultados são precisos. Se usada corretamente, pode ser uma maneira eficiente de alcançar um consenso (United Kingdom, 2008).

Um requisito essencial na técnica de comparação por pares é o facto de todos os participantes no exercício deverem estar muito familiarizados com o objeto em análise, uma vez que necessitam de realizar compensações ou *trade-offs* mentais de forma rápida (United Kingdom, 2008).

A sua principal limitação é o número de escolhas que podem ser comparadas, uma vez que, idealmente, não deve ser superior a dez (United Kingdom, 2008).

Grelha de análise

A grelha de análise é uma técnica semiquantitativa de muito fácil aplicação (Imperatori e Giraldes, 1992), que se destina, particularmente, à classificação de problemas de saúde, através da ordenação dos problemas pela aplicação sucessiva de critérios divididos em categorias dicotómicas (Pineault e Daveluy, 1987).

Esta técnica permite determinar prioridades, partindo dos seguintes critérios: importância do problema, relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, capacidade técnica de resolver o problema e exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990). Utilizando a grelha de análise (figura 2), atribui-se sucessivamente uma classificação de mais ou de menos ao problema, de forma sequencial, segundo os quatro critérios enunciados (Tavares, 1990).

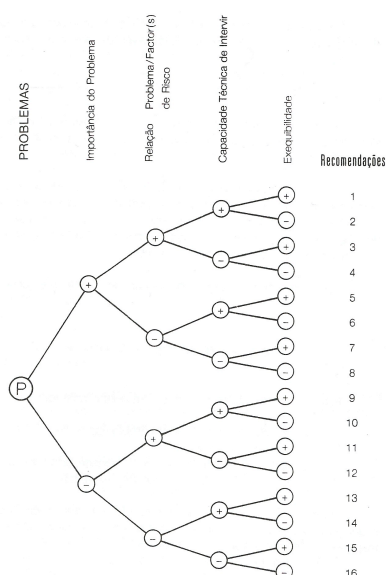


Figura 2 Grelha de Análise para determinação de prioridades

Fonte: Tavares (1990)

O percurso natural do problema dentro da grelha determina a sua classificação final, permitindo estabelecer 16 possibilidades de recomendações por ordem decrescente de prioridade (Imperatori e Giraldes, 1992), sendo que no final se obtém o resultado a partir dos valores já inscritos na própria grelha, correspondendo o valor 1 à prioridade máxima (Tavares, 1990). Poderá dar-se o caso de dois ou mais problemas obterem a mesma classificação final (Asua e Taboada, 2005?).

Uma desvantagem desta técnica é o facto de o primeiro critério ser muito discriminativo, pelo que, no caso de se atribuir uma classificação diferente, nesse critério, a dois problemas, condiciona, logo à partida, a sua ordenação final, ainda que esta classificação seja a inversa em todos os outros critérios (Tavares, 1990). Assim, sendo as categorias

dicotómicas, a aplicação do primeiro critério define em 50% a situação final, pelo que este aspecto merece cuidado na utilização do método (Pineault e Daveluy, 1987).

A grelha de análise apresenta como vantagem o seu carácter bastante objetivo (Tavares, 1990), podendo ser aplicada a uma lista grande de problemas por um grupo extenso de peritos (Imperatori e Giraldes, 1992). Segundo estes autores, cada um dos peritos poderá aplicar a grelha, de forma individual, a cada um dos problemas, sendo calculados, posteriormente, os resultados finais, fazendo-se o somatório das escolhas positivas e negativas. O percurso final do problema na grelha dependerá, assim, do número de positivos e negativos obtidos em cada critério, pelo que é conveniente que o número de peritos seja ímpar (Imperatori e Giraldes, 1992).

Método de Hanlon

O método de Hanlon destina-se, particularmente, à classificação de problemas de saúde (Pineault e Daveluy, 1987).

Este método estabelece prioridades com base em quatro critérios: (A) a amplitude ou magnitude do problema, (B) a gravidade do problema, (C) a eficácia da solução ou a vulnerabilidade do problema e (D) a exequibilidade do projeto ou da intervenção (Tavares, 1990), sendo estes os principais critérios que permitem a tomada de decisão em relação às prioridades em saúde (Pineault e Daveluy, 1987).

De acordo com Tavares (1990), no método de Hanlon, a classificação ordenada dos problemas obtém-se através do cálculo da seguinte fórmula, que se aplica a cada um dos problemas considerados, onde as letras correspondem aos critérios acima enunciados: Valor de Prioridade = $(A+B) \times C \times D$.

A amplitude ou magnitude do problema corresponde ao número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total, sendo avaliada numa escala de 0 a 10, que deverá ser adaptada à dimensão da população em estudo (Pineault e Daveluy, 1987; Tavares, 1990).

A gravidade do problema pode ser analisada de numerosas formas, sendo que, de uma maneira geral, é avaliada em termos de mortalidade, morbilidade, criação de incapacidades e custos, sendo que cada um destes fatores que se pretenda analisar deverá ser ponderado na mesma escala, elaborando-se posteriormente a média das ponderações obtidas (Pineault e Daveluy, 1987; Tavares, 1990). Segundo estes autores, a pontuação deste critério varia numa escala de 0 a 10, sendo 10 o valor máximo da gravidade de um problema.

A eficácia da solução ou vulnerabilidade do problema é ponderada numa escala de 0,5 a 1,5, onde o valor 0,5 corresponde a um problema de mais difícil solução, sendo que esta forma de pontuar tem como efeito reduzir ou aumentar a soma dos dois primeiros critérios, caso a solução seja inexistente ou disponível, respectivamente (Pineault e Daveluy, 1987).

A exequibilidade do projeto ou da intervenção é um critério que integra as seguintes componentes: pertinência, exequibilidade económica, aceitabilidade, disponibilidade de recursos e legalidade (Tavares, 1990). Este grupo de fatores, não estando diretamente relacionados com a necessidade ou eficácia, determinam se a solução do problema em análise pode ser aplicada (Pineault e Daveluy, 1987). Para estes autores, sendo que o critério tem somente dois valores possíveis, sim equivalente a 1 e não equivalente a 0, se não estiverem reunidas estas condições, considerando a totalidade dos fatores, e este critério obtiver pontuação 0, o problema será eliminado. Assim, um valor positivo de exequibilidade, ou seja, pontuação 1, constitui uma condição necessária, mas não suficiente, para que um problema seja considerado prioritário (Pineault e Daveluy, 1987).

Este exercício contém uma dose de subjetividade, à semelhança de todos os outros métodos e técnicas, no entanto, pode-se exercer um certo controlo científico através de uma definição precisa dos termos, da aplicação exata dos procedimentos de classificação ordenada e da utilização de informação estatística para guiar a classificação (Pineault e Daveluy, 1987).

O interesse por este método radica no facto de que os critérios que o integram serem os mais utilizados em matéria de determinação de prioridades (Pineault e Daveluy, 1987). Por outro lado, estes autores referem que o método de Hanlon permite uma grande flexibilidade, podendo estimar-se cada um dos critérios com base em dados objetivos.

Tavares (1990) salienta, ainda, que a escolha e a definição dos critérios incluídos na fórmula, assim como o peso que lhes é atribuído, estão já definidos, mas podem ser baseados num consenso de grupo.

O método de Hanlon foi utilizado na definição das prioridades no planeamento da saúde das comunidades autónomas da Catalunha, da Região de Múrcia e da Comunidade Valenciana, sendo o método mais utilizado na determinação de prioridades em Espanha (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

Método SIMPLEX

O método SIMPLEX pode aplicar-se, indistintamente, à priorização de problemas e de soluções (Pineault e Daveluy, 1987).

Este método estabelece as prioridades através da utilização de critérios enunciados sob a forma de questões (Pineault e Daveluy (1987), que são estruturadas face às alternativas em análise (Tavares, 1990).

Cada questão, que corresponde a um critério, apresenta um conjunto de respostas de escolha múltipla e cada membro do grupo decisor responde, através do preenchimento de um questionário, preenchendo tantos questionários quantas as alternativas sobre as quais se tem de pronunciar (Tavares, 1990).

No final, adicionam-se os resultados de todas as respostas dadas por cada um dos respondentes, para cada alternativa, e calcula-se a média, sendo que a prioridade máxima é a alternativa que apresentar o valor mais elevado (Tavares, 1990).

Assim, este método exige que, perante um conjunto de alternativas, se definam os critérios a utilizar para a sua seleção e se elaborem as questões correspondentes aos critérios definidos (Tavares, 1990).

A cada questão é atribuído um conjunto de cinco respostas, de escolha múltipla, dispostas por ordem crescente de valor (Tavares, 1990). As perguntas são elaboradas de forma a que à melhor solução corresponda o valor de resposta mais elevado, permitindo-se a escolha de uma só resposta de entre as várias opções (Pineault e Daveluy, 1987).

Por fim, adicionam-se os resultados das diversas questões colocadas para cada alternativa, sendo a média dos resultados de todos os respondentes o valor atribuído ao problema. Uma vez que a técnica é aplicada a todos os problemas, no final obtém-se um valor por cada um deles (Tavares, 1990).

São, então, comparados os valores obtidos para cada alternativa, sendo que a que obtiver maior pontuação será considerada a melhor, no caso de ser uma solução, ou a mais prioritária, no caso de se estarem a priorizar problemas. (Pineault e Daveluy, 1987)

Este método permite atribuir uma ponderação diferente a cada critério, podendo o seu peso relativo ser atribuído numa escala de 0 a 10, em que 10 corresponde ao valor de maior importância, sendo que esta ponderação deverá ser feita antes da aplicação do método (Pineault e Daveluy, 1987).

Método Decision Alternative Rational Evaluation (DARE)

O método DARE, à semelhança do método SIMPLEX, pode ser aplicado indistintamente à priorização de problemas e de soluções (Pineault e Daveluy, 1987).

O método DARE é um método de estabelecimento de prioridades que coloca ênfase no peso relativo dos critérios selecionados para avaliar as alternativas (Tavares, 1990),

baseando-se no facto de os fatores raramente terem igual importância (Pineault e Daveluy, 1987).

O método DARE requer que sejam selecionados e definidos critérios de avaliação das alternativas, por forma a que sejam tão mutuamente exclusivos quanto o possível (Pineault e Daveluy, 1987).

Para a obtenção do peso relativo de cada critério, o grupo decisor faz uma hierarquização dos critérios e a comparação de cada um deles com o que o precede, em termos de importância, determinando um múltiplo que exprima a diferença de importância que se atribui a esse par, que será utilizado no cálculo do peso relativo de cada critério (Pineault e Daveluy, 1987).

Independentemente do peso relativo de cada critério, as alternativas são comparadas por pares para cada um dos critérios (Tavares, 1990). Deste modo, o valor de cada alternativa será igual ao somatório dos valores atribuídos a cada uma delas, em cada critério, multiplicados pelo peso relativo de cada critério, conforme a seguinte fórmula: Valor da alternativa = Critério 1 x Peso 1 + Critério 2 x Peso 2 + ... + Critério n x Peso n (Pineault e Daveluy, 1987).

Método de ponderação de critérios

O método de ponderação de critérios ou *criteria weighting method* é um método de estabelecimento de prioridades semelhante ao método DARE, mas onde as alternativas são classificadas numa escala de -10 a +10 e onde é calculado o nível de significância para cada alternativa através da fórmula:
$$NS_1 = \frac{PaS_1a + PbS_1b + \dots + PnS_1n}{n}$$

onde NS_1 corresponde ao nível de significância da alternativa 1, Pa corresponde ao peso relativo do critério a, S_1a corresponde ao valor obtido para a alternativa 1 quando avaliada à luz do critério a e n corresponde ao número total de critérios (Pineault e Daveluy, 1987).

De acordo com estes autores, a alternativa que obtiver o maior nível de significância é a primeira da lista de prioridades, sendo ordenadas as seguintes alternativas de forma sucessiva.

Método CENDES/OPS

A prática do planeamento em saúde surge, na América Latina, através do método CENDES/OPS, desenvolvido pelo Centro de Estudos do Desenvolvimento da Universidade Central da Venezuela (CENDES) e publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), em Abril de 1965 (Chorny, Kuschmir e Taveira, 2008).

Segundo estes autores, o método CENDES/OPS, marcado pelos princípios do planeamento económico, propunha uma metodologia de gestão da escassez de recursos de modo a desenvolver ações com maior efetividade.

Dada a impossibilidade de, nos países subdesenvolvidos, se atenderem simultaneamente a todas as necessidades de saúde, este método estabeleceu uma série de critérios para orientar a intervenção sobre um problema e não sobre outro, no sentido de otimizar os recursos existentes, tendo estabelecido, assim, critérios objetivos que orientavam e legitimavam a seleção de prioridades (Chorny, Kuschnir e Taveira, 2008).

Apesar de algumas limitações que lhe são apontadas, o método CENDES/OPS e alguns dos seus pressupostos continuam válidos, principalmente no contexto do desenvolvimento de programação de ações e serviços, cujo objetivo central seja a racionalização de recursos escassos (Teixeira et al., 2010).

Desta forma, o método CENDES/OPS utiliza três critérios: a magnitude (i), a transcendência (l) e a vulnerabilidade (v), sendo que o ordenamento final dos problemas é obtido pela fórmula: Prioridade = $i \times l \times v$ (Tavares, 1990).

De acordo com Tavares (1990), a magnitude determina-se pela proporção dos óbitos por uma causa relativamente ao número total de óbitos e a transcendência determina-se mediante uma média ponderada por grupos etários. A vulnerabilidade tem uma escala que varia entre 0,1 e 0,9, sendo atribuído, por consenso de grupo, um valor desta escala a cada problema, correspondendo 0,9 à maior vulnerabilidade (Tavares, 1990).

Com a aplicação da fórmula, pela multiplicação dos três valores obtidos (i, l, v) para cada problema, obtém-se o valor final de cada um, sendo então possível comparar os valores obtidos para cada um deles e estabelecer, assim, a lista ordenada de prioridades (Tavares, 1990).

Análise da carga da doença

A análise da carga da doença, critério explorado no subcapítulo 2.5 *Crítérios de Determinação de Prioridades em Saúde* (p. 29), é reconhecido por alguns autores como método de determinação de prioridades (Baltussen e Niessen, 2006; Achterberg, 2007; Kipiriri e Norheim, 2004; Gericke et al., 2005; Tragakes e Vienonen, 1998).

Segundo Kipiriri e Norheim (2004), a utilização da análise da carga da doença tem sido recomendada para os países em desenvolvimento. Para estes autores, a análise da carga da doença é um método robusto que mede as preferências sociais para a saúde futura e a vida saudável vivida em diferentes idades, bem como as perceções sociais da gravidade da incapacidade, incorpora-as em dados epidemiológicos.

Este método identifica as principais áreas problemáticas e, consequentemente, as prioridades para ação preventiva e/ou curativa (Tragakes e Vienonen, 1998).

Análise Multicritério da Tomada de Decisão

A Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA) é uma disciplina que estuda os métodos e processos para suportar de forma racional a tomada de decisão num contexto onde múltiplos critérios intervêm (Canitru, 2007), tendo sido reconhecida como uma metodologia útil para a determinação de prioridades em saúde por vários autores (Asua e Taboada, 2005?; Baltussen e Niessen, 2006; Baltussen et al., 2007; Baltussen et al., 2006; Peacock et al., 2009; Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

A MCDA será explorada no subcapítulo 2.7 *Análise Multicritério da Tomada de Decisão* (p. 49).

2.7. ANÁLISE MULTICRITÉRIO DA TOMADA DE DECISÃO

A MCDA no processo de tomada de decisão

A Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA), também designada por *Multiple Criteria Decision-Aid* ou *Multiple Criteria Decision-Making*, na literatura anglo-saxónica, e por *Analyse Multicritère* ou *Aide Multicritère à la Décision*, em francês, é também denominada, na literatura portuguesa, por Apoio à Decisão com Critérios Múltiplos (Pereira, 2003).

A MCDA permite apoiar os decisores, através de vários métodos, face a problemas de decisão multicritério, sendo estes problemas de decisão complexos (Pereira, 2003).

Quando se considera que um único critério é suficiente para representar as preferências do decisor, o problema de decisão é trivial (Matos, 2005), mas o processo de tomada de decisão é, geralmente, caracterizado pela existência de vários critérios de avaliação, muito frequentemente de natureza conflituosa, qualitativos e/ou quantitativos, os quais têm de ser considerados em conjunto e hierarquizados, segundo a importância que os decisores lhes atribuem, por forma a atingir um determinado objetivo (Pereira, 2003).

As dificuldades surgem, então, quando a decisão se baseia em vários critérios, normalmente conflituosos, pelo que não é, habitualmente, possível encontrar uma alternativa que seja melhor que as outras em todos os critérios, simultaneamente (Matos, 2005).

Não existindo qualquer metodologia que permita escolher, de forma peremptória, a melhor alternativa ou ordenar as alternativas, segundo este autor, só a intervenção do decisor vai

permitir chegar a uma conclusão, que resultará da conjugação das suas preferências com os atributos das alternativas.

Não há, portanto, em problemas multicritério, uma solução ótima que possa ser escolhida sem suscitar controvérsia, mas sim uma solução preferida que poderá ser diferente para diferentes decisores, sem que se possa dizer que um está certo e os outros errados, pois cada um dará mais ou menos importância a cada um dos critérios, de acordo com os seus interesses e com a sua percepção global da situação (Matos, 2005).

O processo de tomada de decisão é composto por várias fases inerentes ao processo decisional global de resolução de um problema. A figura 3 representa essas fases que o compõem, fazendo a tomada de decisão parte desse ciclo.

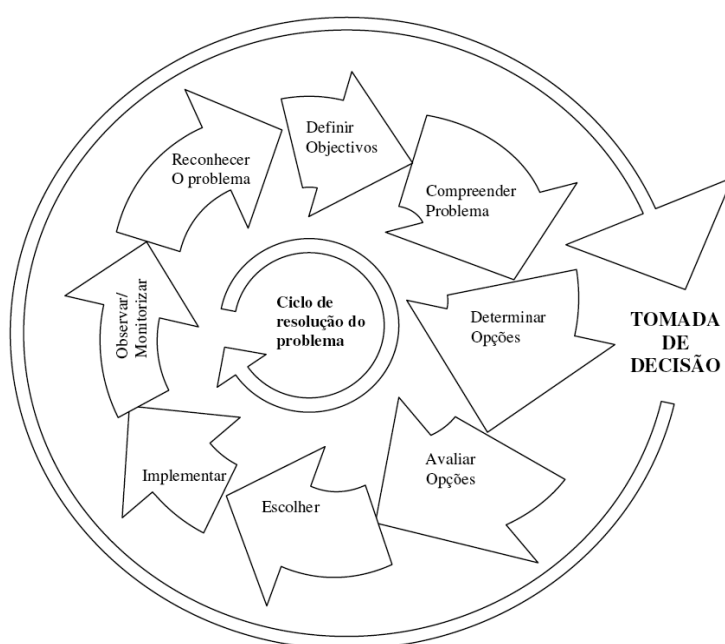


Figura 3 Ciclo completo da resolução de problemas

Fonte: Pereira (2003)

Quando se toma uma decisão, há alguns procedimentos que se seguem de forma mais ou menos sistemática (Matos, 2005).

Em primeiro lugar devem-se identificar os objetivos, sendo que boas decisões necessitam de objetivos claros, específicos, mensuráveis, concordantes, realistas e definidos no tempo (United Kingdom, 2009). De seguida, identificam-se as alternativas, opções ou hipóteses de decisão, que podem contribuir para a consecução desses objetivos (Matos, 2005).

A próxima etapa trata de identificar os critérios a serem utilizados para comparar as opções, decidindo sobre a forma de comparar a contribuição das diferentes alternativas para atingir os objetivos definidos (United Kingdom, 2009). Cada critério deve ser mensurável, no

sentido de que deve ser possível avaliar, pelo menos de forma qualitativa, o desempenho de uma alternativa particular em relação a cada critério (United Kingdom, 2009).

Depois é feita a análise das alternativas, verificando-se a sua viabilidade, eliminando as que não satisfazem certos critérios eliminatórios e avaliando o seu desempenho face a cada um dos critérios definidos (Matos, 2005).

A fase final do processo de tomada de decisão é a escolha da alternativa, a qual deve ser identificada como uma etapa independente, uma vez que, ainda que seja utilizado um método de apoio à decisão, a tomada de decisão, em última análise, é sempre feita pelo julgamento do decisor (United Kingdom, 2009).

Por último, uma boa tomada de decisão exige uma reavaliação contínua das escolhas feitas para que os decisores possam aprender com o processo, sendo vantajoso que essas aprendizagens sejam efetuadas de forma formal e sistemática e sejam comunicadas a todos os intervenientes, para que possam informar decisões futuras (United Kingdom, 2009).

Em muitas circunstâncias da vida real, estes passos interligam-se e associam-se, e a decisão surge de forma relativamente informal. No entanto, em situações mais complexas, quando as decisões são tomadas num ambiente organizacional onde devem ser transparentes e justificadas, há vantagem em seguir um procedimento formal que garanta a consistência do processo global (Matos, 2005).

A MCDA tem muitas vantagens em relação ao julgamento informal não suportado pela análise:

- é aberta e explícita;
- a escolha de objetivos e critérios, que qualquer grupo de decisão pode fazer, estão abertos para análise e modificação se forem sentidos como inadequados;
- as pontuações e ponderações, quando utilizadas, também são explícitas e são desenvolvidas de acordo com técnicas estabelecidas;
- a avaliação do desempenho das alternativas pode ser efetuada por especialistas, pelo que não carece necessariamente de ser realizada pelo próprio corpo decisor;
- pode fornecer um importante meio de comunicação, dentro do corpo de decisão e, por vezes, mais tarde, entre o organismo e a comunidade em geral, e
- as pontuações e as ponderações, sendo utilizadas, fornecem um caminho à auditoria (United Kingdom, 2009).

Uma característica fundamental da MCDA é a ênfase no julgamento do corpo de decisão no estabelecimento de objetivos e critérios, sendo o seu alicerce as escolhas dos decisores

sobre os objetivos, critérios, ponderações e avaliações das alternativas em relação à consecução dos objetivos definidos (United Kingdom, 2009).

Deste modo, a MCDA estabelece preferências entre as alternativas, por referência a um conjunto explícito de objetivos que o corpo de decisão identificou e para o qual estabeleceu critérios mensuráveis (United Kingdom, 2009).

A definição dos critérios de avaliação é um ponto crucial do processo, por corresponder à identificação dos aspectos ou pontos de vista relevantes a ter em conta para estabelecer a preferência de uma alternativa sobre outra (Matos, 2005). Segundo este autor, os critérios devem ser:

- exaustivos, na medida em que todos os pontos de vista relevantes sejam incluídos;
- consistentes, sendo que se duas alternativas são equivalentes exceto num critério, e se nesse critério uma é melhor do que outra, então a primeira deve ser considerada globalmente pelo menos tão boa quanto a outra;
- não-redundantes, ou seja, se se eliminar um dos critérios, deixam de ser satisfeitas as condições anteriores.

Os critérios devem ser cuidadosamente selecionados para garantir, ainda, a sua viabilidade, exequibilidade e independência mútua (Baltussen e Niessen, 2006).

Para além disso, é desejável que sejam asseguradas a legibilidade, devendo o número de critérios ser relativamente baixo, e a operacionalidade, sendo que os critérios devem ser aceites pelos decisores e intervenientes no processo de decisão (Matos, 2005).

Depois de identificado um conjunto coerente de critérios, é necessário operacionalizá-los, definindo as unidades associadas e a respectiva escala (Matos, 2005). De acordo com este autor, este processo pode ser simples em critérios que facilmente se exprimem em valores numéricos, como os custos, ou mais complicado quando estão envolvidos critérios associados a conceitos mais vagos, como a qualidade. Na concretização deste tipo de critérios em atributos mensuráveis, é usual recorrer a indicadores numéricos, que têm a vantagem de serem objetivos mas que podem não representar adequadamente o conceito que se pretende avaliar, o que exige cautela, clareza e transparência na sua definição (Matos, 2005). Uma outra hipótese é a definição de categorias que correspondem a uma avaliação global do grau de satisfação do critério como, por exemplo, “Muito Alta, Alta, Média, Baixa, Muito Baixa”, num critério associado à qualidade (Matos, 2005). Nesse caso, este autor refere que convirá caracterizar claramente os aspectos a ter em conta e as situações que correspondem a cada categoria, por forma a diminuir a subjetividade dos julgamentos.

Uma característica padrão da MCDA é a construção de uma matriz de decisão ou *performance matrix*, na qual cada linha descreve uma das alternativas em análise e cada coluna corresponde a um critério, sendo que as entradas no corpo da matriz correspondem ao desempenho de cada alternativa em cada critério (United Kingdom, 2009). Essas avaliações de desempenho são geralmente numéricas, podendo também ser expressas como pontuações por marcas ou códigos de cores (United Kingdom, 2009).

Numa forma básica de MCDA esta matriz de decisão pode ser o produto final da análise, avaliando os decisores, então, a extensão em que os seus objetivos são cumpridos pelas entradas na matriz (United Kingdom, 2009). Esse processamento intuitivo dos dados pode ser rápido e eficaz, mas também pode levar ao uso de suposições injustificadas, causando uma classificação incorreta das alternativas (United Kingdom, 2009).

A inspeção direta da matriz de decisão apenas consegue uma quantidade limitada de informação sobre os méritos relativos de cada alternativa (United Kingdom, 2009). Um passo inicial dessa observação será verificar se alguma das opções é dominada pelas outras, sendo que a dominância ocorre quando uma opção executa, pelo menos, tão bem como outra em todos os critérios e estritamente melhor que a outra em, pelo menos, um critério (United Kingdom, 2009). Uma opção poderá dominar todas as outras mas, na prática, isso é improvável e quando ocorre, será necessário questionar se outros critérios terão sido negligenciados (United Kingdom, 2009). O conceito de dominância será, assim, provavelmente, mais útil para permitir aos decisores a eliminação das opções dominadas de uma análise mais aprofundada (United Kingdom, 2009).

Nas técnicas de MCDA analiticamente mais sofisticadas, as informações da matriz de decisão são, geralmente, convertidas em valores numéricos consistentes em que, para cada alternativa, é atribuída uma pontuação numérica, numa escala de preferência, que avalia o seu desempenho em relação a cada critério, sendo que as alternativas com melhor desempenho pontuam mais alto na escala, e vice-versa, e para cada critério poderá ser, ainda, definida uma ponderação, ou seja, a atribuição de pesos a cada um dos critérios para refletir a sua importância relativa para a decisão (United Kingdom, 2009).

A combinação destas duas componentes fornece, assim, a avaliação global de cada alternativa em análise (United Kingdom, 2009).

A MCDA compreende um amplo conjunto de métodos e modelos que ajudam e orientam o decisor na descoberta da solução mais desejada para o problema (Nobre, Trotta e Gomes, 1999), diferindo na forma como combinam os dados (United Kingdom, 2009).

Métodos e técnicas de MCDA

O principal papel dos métodos e técnicas de MCDA é combater a dificuldade dos decisores em lidar com grandes quantidades de informações complexas, de forma consistente, sendo que podem ser utilizados para selecionar uma única alternativa, ordenar as alternativas, elaborar uma pequena lista com um número limitado de alternativas para uma avaliação detalhada subsequente ou, simplesmente, para distinguir as possibilidades aceitáveis das inaceitáveis (United Kingdom, 2009).

Os métodos e técnicas de MCDA abrangem uma ampla gama de abordagens bastante distintas (United Kingdom, 2009). Todas as abordagens de MCDA tornam explícitas as alternativas e o seu desempenho face a cada um dos critérios, assim como todas elas requerem o exercício do julgamento do decisor (United Kingdom, 2009). As diversas abordagens diferem, no entanto, na forma como combinam os dados, sendo que as técnicas formais de MCDA facultam, geralmente, um sistema de ponderação explícito para os diferentes critérios (United Kingdom, 2009).

Existe uma grande variedade de técnicas de MCDA, e o seu número continua a aumentar, uma vez que há muitos tipos diferentes de decisão que se encaixam nas amplas circunstâncias da MCDA, assim como o tempo disponível para realizar a análise, a quantidade ou a natureza dos dados disponíveis, as habilidades analíticas dos que apoiam a decisão, a cultura administrativa e as exigências das organizações, podem variar (United Kingdom, 2009).

Uma consideração importante na escolha inicial da técnica MCDA é o número de alternativas e critérios em análise (United Kingdom, 2009). Cada alternativa a ser considerada terá de ser avaliada para determinar o seu desempenho em cada um dos critérios, pelo que a recolha e tratamento desses dados irá consumir recursos, tantos mais quanto maior o número de critérios e alternativas identificadas, pelo que, ao escolher se quer implementar um dos mais simples ou um dos mais detalhados procedimentos de apoio à decisão de MCDA, este será um fator a ter em conta (United Kingdom, 2009).

Os procedimentos nas diferentes técnicas e métodos de MCDA são distintos uns dos outros, principalmente na forma como processam as informações básicas da matriz de decisão, pelo que diferentes circunstâncias serão mais adequadas para alguns procedimentos do que para outros (United Kingdom, 2009).

Um dos aspectos a determinar pela equipa de decisão é se as compensações ou *trade-offs* entre diferentes critérios são aceitáveis, ou seja, se o bom desempenho de uma alternativa num critério pode compensar o seu desempenho mais fraco noutro (United Kingdom, 2009). A maioria das decisões admite tais compensações, mas podem existir algumas

circunstâncias, como as questões éticas, por exemplo, onde as compensações deste tipo não são aceitáveis, sendo que, se assim for, há um número limitado de técnicas não-compensatórias disponíveis na MCDA (United Kingdom, 2009).

Quando a compensação é aceitável, a maioria dos métodos MCDA envolvem a agregação implícita ou explícita do desempenho de cada alternativa em todos os critérios para formar uma avaliação global das alternativas, com base na qual podem ser comparadas, sendo que a principal diferença entre as principais famílias de métodos de MCDA é a maneira como esta agregação é feita (United Kingdom, 2009).

A Teoria da Utilidade Multi-Atributo ou *Multi-Attribute Utility Theory* assenta em três alicerces para os seus procedimentos: o primeiro é a matriz de desempenho, o segundo corresponde aos procedimentos para determinar se os critérios são independentes uns dos outros e o terceiro consiste em formas de avaliar os parâmetros numa função matemática que permita o cálculo de um índice único numérico que expresse a avaliação global do decisor para uma alternativa em termos do valor de seu desempenho em cada um dos critério distintos (United Kingdom, 2009).

Embora bem vista e eficaz, de forma geral, este método é relativamente complexo e melhor implementado por especialistas sobre grandes projetos onde o tempo e a experiência sejam necessários e estejam disponíveis (United Kingdom, 2009).

O Processo de Análise Hierárquica ou The Analytical Hierarchy Process é outra das metodologias de MCDA (Pereira, 2003). Este método decompõe o problema de decisão em níveis hierárquicos, facilitando a sua compreensão e avaliação, através da agregação por comparação de pares de alternativas. O Processo de Análise Hierárquica desenvolve um modelo aditivo linear, mas utiliza os procedimentos para deduzir as ponderações e as pontuações obtidas pelas alternativas baseados, respectivamente, em comparações entre pares de critérios e entre as alternativas (United Kingdom, 2009).

Apesar da sua popularidade, o método apresenta como desvantagem o facto de ter como fundamentação axiomática a independência entre diferentes níveis hierárquicos e elementos, o que não é fácil de verificar, assim como o facto de não verificar a coerência das opiniões do decisor, o que, conseqüentemente, pode conduzir a resultados sem sentido (Pereira, 2003).

Sérias dúvidas têm sido levantadas sobre os fundamentos teóricos desta metodologia e sobre algumas das suas propriedades, particularmente, o fenómeno de reversão da classificação, ou seja, a possibilidade de que, simplesmente adicionando uma outra alternativa à lista em análise, a classificação de duas outras alternativas, não relacionadas com a nova, possa ser revertida (United Kingdom, 2009).

Os Métodos de Prevalência ou *Outranking Methods*, implicam um conceito de dominância que utiliza ponderações para dar mais influência a alguns critérios do que a outros, sendo que uma alternativa tem maior prevalência sobre outra se a supera em critérios de importância suficiente e não é superada por outra alternativa, no sentido de registar um desempenho significativamente inferior em nenhum critério (United Kingdom, 2009). Nestes métodos, todas as alternativas são, então, avaliadas em termos do grau em que exibem prevalência suficiente em relação ao conjunto completo de alternativas em análise (United Kingdom, 2009).

A principal preocupação expressa sobre esta abordagem é o facto de ser dependente de algumas definições arbitrárias do que constitui a prevalência e de como os limites dos parâmetros são definidos e, posteriormente, manipulados pelo decisor (United Kingdom, 2009).

Uma outra abordagem possível é feita pelos métodos de MCDA assentes em conjuntos difusos, ou *fuzzy sets* (United Kingdom, 2009). Estes métodos propõem uma resposta diferente para a imprecisão que envolve grande parte dos dados em que assenta uma tomada de decisão, olhando para o campo, em recente desenvolvimento, dos conjuntos difusos (United Kingdom, 2009).

Os conjuntos difusos tentam capturar a ideia de que a nossa linguagem natural na discussão de questões não é precisa: as alternativas são bastante atrativas ou um pouco caras, e não simplesmente atrativas ou caras (United Kingdom, 2009). A aritmética difusa tenta, então, capturar essas avaliações, utilizando a ideia de uma função de pertença, através da qual uma alternativa pertence ao conjunto, por exemplo, das alternativas caras, com um determinado grau de associação (United Kingdom, 2009).

Os modelos assentes em conjuntos difusos da MCDA desenvolvem procedimentos para a agregação de níveis de desempenho difusos utilizando ponderações que são, por vezes, também representadas por quantidades difusas (United Kingdom, 2009).

Estes métodos tendem, assim, a ser de difícil compreensão para iniciantes, não têm uma clara fundamentação teórica na perspectiva da modelação das preferências dos decisores e ainda não demonstraram ter alguma vantagem importante que não esteja já disponível nos outros modelos mais convencionais, sendo que os métodos deste tipo ainda não estão amplamente aplicados (United Kingdom, 2009).

O Método Aditivo Linear ou *Linear Additive Method* (LAM) é um método multicritério elementar, sendo o método mais simples da MCDA para a escolha de alternativas (Pereira, 2003) e constituindo um método, simultaneamente, intuitivo e transparente (United Kingdom, 2009).

O LAM combina as pontuações de uma alternativa em relação a cada um dos critérios num valor global, através do cálculo da média aritmética ponderada das pontuações, ou seja, multiplicando o valor da pontuação de cada alternativa, em cada critério, pela ponderação do respectivo critério, e adicionando, então, todas as pontuações ponderadas em conjunto (United Kingdom, 2009).

No entanto, esta simples aritmética só é apropriada se puder ser provado, ou razoavelmente presumido, que os critérios são preferencialmente independentes uns dos outros. A sua utilização depende, assim, da suposição de que os critérios tenham independência preferencial mútua, por forma a não introduzir redundância no processo, sobrevalorizando o que deveria ser um único critério (United Kingdom, 2009).

Esta ideia de independência é mais simples e menos restritiva do que a independência estatística, não implicando a análise de correlações estatísticas entre os critérios, sendo que a independência preferencial dos critérios verifica-se quando as classificações das opções face a um determinado critério não são afetadas pelas classificações de nenhum dos outros critérios (United Kingdom, 2009).

Quando a independência preferencial mútua não puder ser estabelecida, estão disponíveis outros procedimentos de MCDA, embora tendam a ser de aplicação complexa (United Kingdom, 2009).

É de referir, ainda, que esta abordagem tem um carácter compensatório, uma vez que as pontuações baixas num critério podem ser compensadas por pontuações mais altas noutro (United Kingdom, 2009).

Este modelo tem um registo bem estabelecido de apoio sólido e eficaz para os decisores face a uma série de problemas e em várias circunstâncias (United Kingdom, 2009).

De acordo com Sánchez, Abellán e Martínez (2008), o método aditivo foi utilizado na determinação de prioridades dos planos de saúde das comunidades autónomas das Astúrias e da Galiza, em Espanha.

Existem muitos outros métodos, alguns dos quais com registo de aplicação, mas muitos outros não têm avançado significativamente além da fase conceptual (United Kingdom, 2009).

A MCDA em Saúde

A tomada de decisão em saúde é um processo complexo que requiere tomar em consideração, simultaneamente, diferentes elementos, incluindo a evidência científica, a economia e a ética (Goetghebeur et al., 2010). Em particular, as considerações éticas e coloquiais são inerentes ao pensamento subjacente ao processo de tomada de decisão em

saúde mas, muitas vezes, não são explicitamente reconhecidas ou discutidas e, muito menos, comunicadas a todos os intervenientes e partes interessadas no processo (Goetghebeur et al., 2010).

O debate atual sobre a transparência e a legitimidade da tomada de decisão em saúde exige uma abordagem mais sistematizada para rever a evidência no processo de tomada de decisão (Goetghebeur et al., 2010).

Nas últimas décadas, têm sido desenvolvidas diversas abordagens no âmbito da determinação de prioridades em saúde (Baltussen e Niessen, 2006). No entanto, as abordagens utilizadas oferecem uma orientação limitada aos decisores, porque foram desenvolvidas isoladamente, concentrando-se num único critério como, por exemplo, a efetividade ou a carga da doença e, na realidade, os decisores têm necessidade de fazer escolhas tendo em conta todos os critérios, simultaneamente (Baltussen e Niessen, 2006). Assim, segundo estes autores, essas abordagens não aconselham sobre como integrar a importância relativa de cada critério, dado que nem todos os critérios são igualmente importantes. Além disso, Baltussen e Niessen (2009) alertam para o facto de os critérios poderem, facilmente, estar em conflito e, por outro lado, as abordagens utilizadas não abrangerem todos os critérios que são relevantes para a tomada de decisão.

Portanto, o desenvolvimento de uma abordagem de MCDA para a definição de prioridades é necessária, e essa necessidade tem sido identificada, recentemente, como uma questão importante para a investigação no contexto dos sistemas de saúde (Baltussen e Niessen, 2006). Considerando que as decisões em saúde são muitas vezes caracterizadas por julgamentos informais não suportados pela análise, a MCDA poderá constituir uma ferramenta importante para um processo mais racional de definição de prioridades em saúde (Baltussen e Niessen, 2006).

Uma série de modelos multicritério surgiram para apoiar a deliberação e consideração dos vários fatores implicados na tomada de decisão em saúde. A MCDA faculta um mecanismo que permite que os decisores perspetivem as suas prioridades e os seus valores e proporciona uma forma de processar os múltiplos fluxos de informação (Goetghebeur et al., 2010).

Os modelos de MCDA devem, assim, formar um conjunto de ferramentas para a tomada de decisão em saúde pública, particularmente quando existem opiniões polarizadas e objetivos em conflito (Nobre, Trotta e Gomes, 1999). Segundo estes autores, o objetivo dos modelos será guiar os decisores na comparação das alternativas e ajudar na seleção da solução para a situação de decisão. A gama de abordagens varia da mais simples, baseada apenas na

intuição e conhecimento dos decisores, para aquelas que envolvem um grande formalismo matemático (Nobre, Trotta e Gomes, 1999).

Noutras disciplinas científicas, a MCDA está bem desenvolvida, ganhou ampla aceitação e é utilizada de forma rotineira, tendo evoluído como uma resposta à incapacidade dos decisores analisarem eficazmente múltiplos fluxos de informações diferentes (Baltussen e Niessen, 2006). Deste modo, estes autores apelam à mudança da configuração dos instrumentos presentes na determinação de prioridades em saúde, que tendem a concentrar-se em critérios simples, para abordagens transparentes e sistemáticas que tenham em consideração todos os critérios relevantes ao mesmo tempo.

Até à data, verificaram-se muito poucas aplicações da MCDA na orientação das decisões de alocação de recursos em saúde, sendo que, as que se identificaram, têm utilizado a MCDA em diferentes graus: para apenas ilustrar os seus princípios, para identificar os critérios para a definição de prioridades, para identificar e avaliar os critérios para a definição de prioridades, ou abordagens mais abrangentes que resultam numa ordem hierárquica das alternativas (Baltussen e Niessen, 2006).

Uma vez que a MCDA não se destina, exclusivamente, a fornecer uma solução para uma questão específica de alocação de recursos, a sua utilização não necessita de ser contextualizada em termos de um problema de alocação particular (Baltussen e Niessen, 2006). Assim, de acordo com estes autores, a MCDA poderá servir objetivos diferentes, como a definição de perceções gerais sobre as prioridades, com influência construtiva e de longo alcance na formulação de políticas de saúde, informando o conjunto de alternativas em análise, mas sem definir a alocação de recursos de uma forma precisa. Assim, a MCDA poderá ser usada para obter e definir de forma geral, por exemplo, ao nível nacional, os critérios para a definição de prioridades e indicar a sua importância relativa. A definição desses critérios fará com que a lógica de decisões, a um nível estratégico da definição de prioridades, seja explícita e, assim, aumentar a responsabilização e a transparência desse processo (Baltussen e Niessen, 2006).

PARTE III – METODOLOGIA

3.1. DEFINIÇÃO DA PROBLEMÁTICA

O estabelecimento de prioridades determina a sustentabilidade de qualquer sistema de saúde (Kapiriri, Norheim e Martin, 2007), constituindo um processo complexo, mas fundamental (United Kingdom, 2007), pelo que urge desenvolver os melhores sistemas de alocação de recursos, para que esta se processe de forma justa e com os melhores resultados (United Kingdom, 2008). Torna-se, assim, imperioso identificar os procedimentos, metodologias e critérios que permitam determinar prioridades, de forma a maximizar os benefícios em saúde, dada a restrição orçamental (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008).

A definição de critérios e a sua ponderação é crucial em todo o processo de determinação de prioridades, uma vez que é com base nos critérios definidos, e respectiva ponderação relativa, que se obterá, no final desta etapa, a lista ordenada de problemas prioritários (Tavares, 1990).

Apesar de muitos critérios de determinação de prioridades terem sido propostos e debatidos (Kapiriri e Norheim, 2004), não existem critérios nem métodos universais de os combinar, por todos apresentarem vantagens e inconvenientes, sendo que a aplicação de uns ou de outros depende do contexto onde sejam aplicados (Imperatori e Giraldes, 1992). Um conjunto único e universal de critérios não refletiria adequadamente as variações socioeconómicas e culturais que explicam essas preferências (Baltussen et al., 2010).

Refletindo em todos estes aspectos e face à necessidade de determinar as prioridades do próximo Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016 (PRS), sentiu-se a necessidade de responder à seguinte questão de investigação:

“Qual o método e quais os critérios, e sua ponderação, a utilizar na determinação de prioridades no Plano Regional de Saúde 2011-2016?”

3.2. OBJETIVOS DO ESTUDO

O objetivo geral do estudo é criar uma proposta de metodologia a adotar na determinação de prioridades no PRS, tendo como objetivos específicos subsequentes:

- definir o método de determinação de prioridades a utilizar;
- definir os critérios de determinação de prioridades a utilizar;
- definir a ponderação dos critérios de determinação de prioridades a utilizar.

3.3. DESENHO DO ESTUDO

A problemática definida, a questão de investigação e os objetivos estabelecidos apontam para a realização de um estudo observacional, exploratório-descritivo e transversal.

Por forma a alcançar os objetivos enunciados, foi elaborado o desenho do estudo, organizado em duas etapas metodológicas distintas:

- 1) Revisão bibliográfica, dirigida à identificação do método e dos critérios de determinação de prioridades;
- 2) Realização de um painel de Delphi, para validação do método de determinação de prioridades proposto, definição dos critérios de determinação de prioridades e suas ponderações.

A primeira etapa, de revisão bibliográfica, para além de proporcionar o enquadramento teórico da investigação, pretendeu a recolha da evidência existente acerca dos métodos e critérios de determinação de prioridades em saúde, a fim de integrar a construção de uma proposta de metodologia de determinação de prioridades, para o PRS.

Procedeu-se, então, a uma revisão sistemática e exaustiva da literatura, tendo a pesquisa sido feita, maioritariamente, através da base de dados *PubMedCentral*, utilizando os seguintes termos de pesquisa: *health priorities*, *priority-setting*, *criteria*, *health planning* e *multi-criteria*. Utilizou-se, ainda, a estratégia de pesquisa bibliográfica em árvore, sendo que se acederam às referências bibliográficas citadas nos artigos considerados mais relevantes.

De acordo com Baltussen e Niessen (2006), nas últimas décadas, têm sido desenvolvidas diversas abordagens no âmbito da determinação de prioridades em saúde, no entanto, as abordagens utilizadas oferecem uma orientação limitada aos decisores. De acordo com estes autores, o desenvolvimento de uma abordagem assente na Análise Multicritério da Tomada de Decisão (MCDA) para a definição de prioridades é necessária, e essa necessidade tem sido identificada, recentemente, como uma questão importante para a investigação no contexto dos sistemas de saúde.

Assim, tendo encontrado evidência na literatura sobre as vantagens da utilização da MCDA na determinação de prioridades em saúde, designadamente, a sua transparência, a ênfase no julgamento do corpo de decisão na escolha explícita dos critérios e suas ponderações e a constituição de um importante meio de comunicação, selecionámos esta metodologia, através da utilização do Método Aditivo Linear (LAM), para possível integração no processo de determinação de prioridades do PRS, carecendo, no entanto, de validação por parte de um corpo de peritos.

Por outro lado, os critérios identificados através da revisão bibliográfica, e expostos no subcapítulo 2.5 *Critérios de determinação de prioridades em saúde* (p. 29), foram, também, selecionados para serem submetidos à apreciação de um grupo de peritos na área, conforme explicitados no quadro 1.

No entanto, não foram selecionados todos os critérios encontrados na bibliografia, tendo sido eliminados aqueles que:

- carecessem de definição explícita do seu conceito;
- não possibilitassem a priorização de problemas, permitindo, apenas, a determinação de prioridades de intervenções em saúde;
- não obedecessem à necessidade de independência preferencial mútua, sendo que, nestes casos, de entre os critérios considerados dependentes, foram escolhidos aqueles que se julgaram garantir uma maior abrangência.

Deste modo, a lista de critérios submetida ao painel de peritos incluiu onze critérios de determinação de prioridades (quadro 1).

Segundo Tavares (1990), seria inoportuno aplicarem-se simultaneamente todos os critérios na determinação de prioridades, pelo que a seleção de alguns e a definição dos seus pesos relativos, constitui um dos principais objetivos iniciais do grupo que prioriza os problemas, sendo que o consenso obtido no grupo possibilita uma boa base objetiva para a consecução desta etapa do planeamento.

Assim, a segunda etapa metodológica do estudo, através da realização de um painel de Delphi, tem como objetivos a validação do método de determinação de prioridades proposto e a definição dos critérios de determinação de prioridades e suas ponderações, por forma a construir uma proposta consensual e contextualizado à realidade regional.

Para o efeito, foi constituído um painel de peritos, ao qual foi submetida a apreciação da metodologia de MCDA e dos critérios identificados na primeira etapa, através de um questionário (anexo 1), tendo-lhes sido solicitado:

- atribuição de um grau de importância, e comentário, a cada um dos critérios em análise, para posterior determinação do seu peso relativo;
- identificação dos critérios dos quais discordavam da sua inclusão no modelo;
- sugestão de outros critérios de determinação de prioridades em saúde, atribuição do respectivo grau de importância e comentário;
- posição de concordância face à metodologia de determinação de prioridades proposta e respectivo comentário.

Quadro 1 Critérios de determinação de prioridades selecionados para submissão ao painel de peritos e respectiva definição e fonte.

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	FONTE
Magnitude	A magnitude caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldez, 1992). Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Asua e Taboada, 2005); (Pineault e Daveluy, 1987); (Platonova et al., 2010); (Tragakes e Vienonen, 1998); (Segal e Chen, 2001)
Vulnerabilidade	A vulnerabilidade corresponde à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva, ou seja, à capacidade de intervenção ou controlo do problema. A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (Achterberg, 2007); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Pineault e Daveluy, 1987); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010); (Segal e Chen, 2001)
Gravidade	A gravidade do problema pode ser definida de múltiplas formas, sendo adotada como definição de gravidade a análise do problema em termos de criação de incapacidades (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Asua e Taboada, 2005); (Platonova et al., 2010); (Pineault e Daveluy, 1987); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Sabik e Lie, 2008); (Kenny e Joffres, 2008); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Lyttkens, 2001)
Exequibilidade	Viabilidade de execução tecnológica, económica, deontológica (Tavares, 1990), legal, organizacional, sociocultural, ética (Pineault e Daveluy, 1987) e política (Pineault e Daveluy, 1987; Robinson, 1999) da(s) intervenção(ões).	(Tavares, 1990); (Pineault e Daveluy, 1987); (Asua e Taboada, 2005); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Segal e Chen, 2001); (Robinson, 1999)
Aceitabilidade	Aceitabilidade da população (Tavares, 1990) e necessidades sentidas pela comunidade (Ham, 1997).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010); (Sabik e Lie, 2008); (Ham, 1997); (Segal e Chen, 2001); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008)
Evolução	Possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente (Imperatori e Giraldez, 1992).	(Imperatori e Giraldez, 1992); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010)
Carga da Doença	Carga de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998).	(Tragakes e Vienonen, 1998); (Achterberg, 2007); (Segal e Chen, 2001); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Kenny e Joffres, 2008); (WHO, 1997)
Equidade	Ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al, 2008, Marmot, 2007, OMS, 2010 cit. por Portugal, 2011a).	(WHO, 1997); (Achterberg, 2007); (Segal e Chen, 2001); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Sabik e Lie, 2008); (Kenny e Joffres, 2008)
Alinhamento estratégico com o Plano Nacional de Saúde	Consistência com as prioridades definidas a nível nacional (Segal e Chen, 2001).	(Platonova et al., 2010); (Segal e Chen, 2001); (Wilson, Rees e Fordham, 2006);
Custo da Doença	Forma de avaliação económica que estima as despesas e o valor da produção perdida devido a determinada doença (Pereira, Mateus e Amaral, 1999).	(Achterberg, 2007); (Segal e Chen, 2001)
Benchmarking	Análise do potencial de saúde através da comparação com Portugal-Continental e com as outras regiões de saúde (Portugal, 2011b).	(Achterberg, 2007); (Platonova et al., 2010)

3.4. DEFINIÇÃO E OPERACIONALIZAÇÃO DAS VARIÁVEIS

Tendo em conta o tipo de estudo, as variáveis em análise são:

- grau de importância do critério Magnitude;
- grau de importância do critério Vulnerabilidade;
- grau de importância do critério Gravidade;
- grau de importância do critério Exequibilidade;
- grau de importância do critério Aceitabilidade;
- grau de importância do critério Evolução;
- grau de importância do critério Carga da doença;
- grau de importância do critério Equidade;
- grau de importância do critério Alinhamento estratégico com o PNS;
- grau de importância do critério Custo da doença;
- grau de importância do critério *Benchmarking*;
- posição de concordância com a metodologia.

Os graus de importância de cada critério são variáveis quantitativas discretas, podendo assumir valores de 0 a 5 e serão medidas em questionário auto-administrado a um painel de Delphi, no pressuposto de que esta escala assume características numéricas.

A posição de concordância com a metodologia, é uma variável qualitativa nominal, que será medida através de uma questão aberta, em questionário auto-administrado a um painel de Delphi.

Não foram definidas variáveis de caracterização da amostra.

3.5. MÉTODOS E TÉCNICAS DE RECOLHA DOS DADOS

O recurso ao painel de Delphi, ou a outra técnica de obtenção de um consenso de grupo, pode contribuir para minimizar a subjetividade da seleção dos critérios de determinação de prioridades, sendo que, quanto maior for o grupo de determinação de prioridades e maior a sua multidisciplinaridade, tanto mais objetivos serão os critérios escolhidos e respectivas ponderações (Tavares, 1990).

Deste modo, optou-se pela realização de um painel de Delphi para a obtenção do consenso de um grupo de peritos, por forma a alcançar os objetivos do estudo, tendo-se utilizado a

Internet para a sua aplicação. De acordo com Giovinazzo (2001), as vantagens da realização de um painel de Delphi através da Internet, em substituição do método tradicional, são: redução dos custos na preparação dos materiais e envio, redução do tempo necessário para a sua realização, *feedback* muito mais rápido aos participantes e utilização de um suporte mais atraente e flexível.

O painel de Delphi realizado através da Internet conserva as mesmas premissas características do tradicional, ou seja, é mantido o anonimato dos participantes, é realizada uma representação estatística da distribuição dos resultados e são enviadas as respostas do grupo para reavaliação nas rondas subsequentes (Giovinazzo e Fischmann, 2001, cit. por Giovinazzo, 2001).

De acordo com Schopper et al. (2000), o número de rondas varia entre duas e quatro, sendo que a primeira ronda é frequentemente utilizada para construir uma lista inicial de itens, a segunda e terceira rondas são utilizadas para chegar a um consenso e, em caso de divergência persistente, uma quarta ronda pode ser adicionada. No entanto, e à semelhança de outros autores (Justo, 2005), optou-se por enviar, logo na primeira ronda, uma lista de critérios, ainda que aberta a sugestões do painel.

O questionário submetido ao painel (anexo 1), na primeira ronda, em suporte *Microsoft Office Word* para permitir um fácil preenchimento, era constituído por onze perguntas fechadas e por duas perguntas abertas, tendo sido previsto um espaço para inclusão de comentários acerca dos critérios e da metodologia.

Para as onze questões fechadas, onde solicitávamos a pontuação dos critérios de acordo com o grau de importância, utilizámos uma escala de 0 a 5, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante, e onde 0 significava a não concordância com a sua inclusão na metodologia em análise. Deste modo, não seria necessária a realização de duas perguntas, a sua posição de concordância e, caso afirmativa, o grau de importância.

O questionário foi auto-administrado, tendo sido solicitado o prazo de resposta de uma semana.

3.6. PRÉ-TESTE

Previamente ao início da primeira ronda, procedeu-se à realização de um pré-teste ao questionário, a três pessoas que exercem funções na área do planeamento da saúde, tendo em vista averiguar a compreensão e adequação das questões colocadas, assim como do documento introdutório ao tema, que o acompanhava. Verificou-se a adequação do questionário, não tendo surgido quaisquer dúvidas no seu preenchimento.

3.7. SELEÇÃO DA AMOSTRA

A seleção da amostra para integrar o painel de Delphi foi feita por amostragem não probabilística e intencional, tendo sido considerado, na escolha dos participantes, o seu conhecimento do objeto em análise.

Um painel de Delphi, de acordo com Schopper et al. (2000), integra, normalmente, trinta participantes, sendo que, para garantir a sua validade e fiabilidade, deve ser composto por pessoas que conheçam a região, a comunidade ou a instituição em estudo, desempenhem funções, desenvolvam atividades ou tenham participado em trabalhos anteriores relacionados com a matéria em estudo (Press, 1978 cit. por Justo, 2005).

A escolha dos participantes teve como objetivo a constituição de um grupo de peritos abrangente, multidisciplinar e que integrasse pessoas que exercessem funções nos níveis local, regional e central do sistema de saúde.

Foram, assim, convidadas a participar 27 pessoas com trabalho reconhecido na área da Política e Administração de Saúde e/ou no Planeamento da Saúde, que exercem funções na Direcção-Geral da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Administração Central dos Serviços de Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo (ARSLVT), Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, Coordenação do Internato Médico de Saúde Pública, assim como Diretores Executivos, Presidentes de Conselho Clínico, Coordenadores de Unidades de Saúde Pública e profissionais de saúde de Agrupamentos de Centros de Saúde da área de influência da ARSLVT.

3.8. OPERACIONALIZAÇÃO DOS PROCEDIMENTOS

Depois de definida a amostra, foi enviado um convite (anexo 2), por correio electrónico, às pessoas seleccionadas para integrarem o painel de Delphi. Anexo ao convite foi enviado, também, um documento introdutório ao painel (anexo 3) onde, de uma forma clara, breve e sistematizada e com uma linguagem adaptada às competências dos peritos, se explicavam a contextualização, o objeto e os objetivos do estudo.

Findo o prazo de resposta, tendo sido apenas recepcionadas seis respostas, foi enviada uma nova mensagem, por correio electrónico, aos elementos que ainda não haviam respondido, reforçando a solicitação da sua colaboração e alargando o prazo de resposta em mais uma semana.

O tratamento dos dados foi feito com recurso à estatística descritiva, tendo sido construídas tabelas de frequências das variáveis quantitativas em estudo e calculadas as medidas de tendência central e de dispersão.

Para facilitar a visualização dos resultados, foram construídos gráficos de barras com as frequências absolutas das variáveis quantitativas.

Submeteram-se as respostas às perguntas abertas, assim como os comentários, a uma análise de conteúdo pouco formalizada, com o objetivo de agrupar por categorias as respostas obtidas. Depois de analisados os resultados obtidos, verificou-se uma pequena diversidade de respostas à pergunta aberta, tendo sido agrupadas pelas categorias “Concorda” e “Concorda com alguma reserva”. Verificou-se uma pequena sobreposição dos comentários obtidos, pelo que foi feita uma sistematização dos comentários em quadros.

Na segunda volta do painel de Delphi, serão reenviados estes resultados para reapreciação das respostas dadas por cada um dos participantes, sendo acrescentados ao grupo de critérios em análise os sugeridos no decurso da primeira volta.

Previram-se realizar apenas duas rondas, no entanto, caso na segunda ronda do painel forem sugeridos diferentes critérios, realizar-se-á uma terceira ronda final para que sejam submetidos à análise dos peritos.

De acordo com Justo (2005), na técnica de Delphi o nível e o tipo de consenso devem ficar antecipadamente definidos, existindo vários critérios para se estabelecer o momento em que se alcançou o consenso. Assim, e seguindo as propostas de Fink (1984, cit. por Justo, 2005), considera-se a adoção dos critérios cuja pontuação média seja superior ou igual a três, na escala aplicada, e, simultaneamente, não tenham sido rejeitados, ou seja, obtido pontuação zero, por um terço (33%) ou mais dos participantes. Por outro lado, considera-se a adoção da metodologia proposta caso dois terços (66%) ou mais dos participantes tenham uma posição de concordância favorável à sua utilização, no contexto em análise.

No final do processo, poder-se-á submeter a metodologia definida de acordo com os resultados do painel de Delphi, à apreciação global e validação dos participantes, para avaliar o seu grau de concordância com o produto final.

PARTE IV – RESULTADOS

4.1. RESULTADOS GERAIS

Das 27 pessoas convidadas a integrar o painel de Delphi, responderam 13 pessoas, ou seja, obtivemos uma taxa de resposta de 48%, sendo que o tempo de resposta variou entre os seis dias e as quatro semanas, mais tempo do que o inicialmente previsto. Foram incluídas todas respostas, ainda que fora do prazo estabelecido, dado a primeira ronda do painel ter sido efetuada em período habitual de férias.

4.2. ANÁLISE ESTATÍSTICA DESCRITIVA

Os resultados obtidos foram sistematizados numa tabela de frequências (quadro 2), tendo sido calculadas as medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas (quadro 3).

Quadro 2 Tabela de frequências absolutas (n) das variáveis quantitativas (N = 13).

GRAU DE IMPORTÂNCIA CRITÉRIOS	0	1	2	3	4	5	4+5	0+1+2	3+4+5
Magnitude	0	0	0	1	3	9	12	0	13
Vulnerabilidade	0	0	0	1	2	10	12	0	13
Gravidade	0	0	0	4	7	2	9	0	13
Exequibilidade	0	0	0	1	4	8	12	0	13
Aceitabilidade	0	1	1	5	5	1	6	2	11
Evolução	1	1	1	4	2	4	6	3	10
Carga da Doença	1	0	0	4	4	4	8	1	12
Equidade	0	0	0	4	4	5	9	0	13
Alinhamento Estratégico com o PNS	0	2	0	2	5	4	9	2	11
Custo da Doença	0	0	1	3	6	3	9	1	12
Benchmarking	1	2	3	2	5	0	5	6	7

Quadro 3 Medidas de tendência central e de dispersão das variáveis quantitativas, com critérios hierarquizados pela média do grau de importância atribuído.

CRITÉRIOS	Média	Moda	Mediana	Mínimo	Máximo	Amplitude	Desvio padrão
Vulnerabilidade	4,69	5	5	3	5	2	0,63
Magnitude	4,62	5	5	3	5	2	0,65
Exequibilidade	4,54	5	5	3	5	2	0,66
Equidade	4,08	5	4	3	5	2	0,86
Gravidade	3,85	4	4	3	5	2	0,69
Custo da Doença	3,85	4	4	2	5	3	0,90
Alinhamento Estratégico com o PNS	3,69	4	4	1	5	4	1,38
Carga da Doença	3,69	3, 4 e 5	4	0	5	5	1,38
Aceitabilidade	3,31	3 e 4	3	1	5	4	1,03
Evolução	3,31	3 e 5	3	0	5	5	1,60
Benchmarking	2,62	4	3	0	4	4	1,39

Para facilitar a visualização dos resultados, foram construídos gráficos de barras com as frequências absolutas das variáveis quantitativas (figuras 4 a 14).

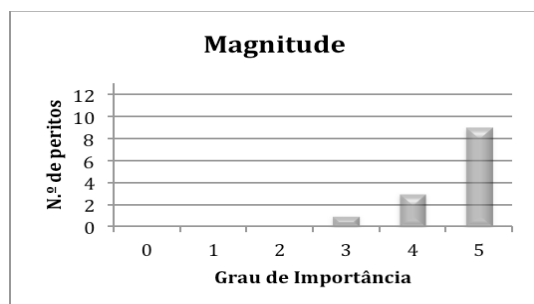


Figura 4 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Magnitude (N=13).

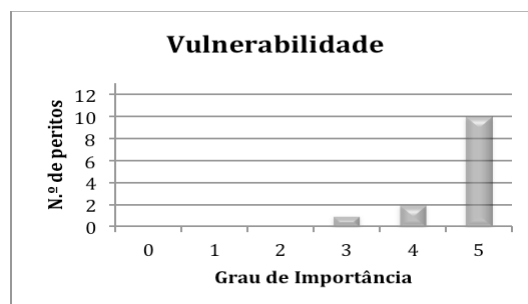


Figura 5 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Vulnerabilidade (N=13).

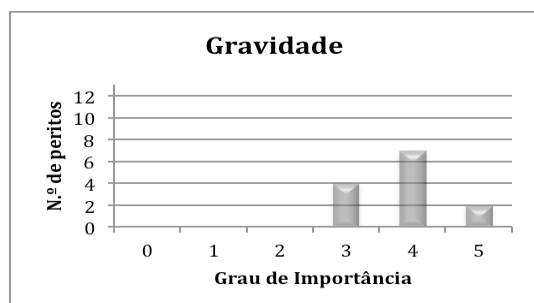


Figura 6 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Gravidade (N=13).

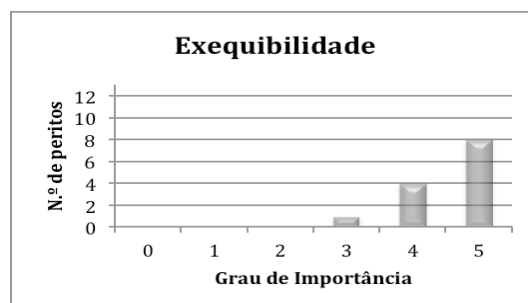


Figura 7 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Exequibilidade (N=13).

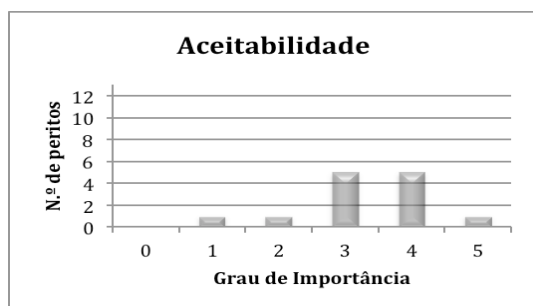


Figura 8 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Aceitabilidade (N=13).

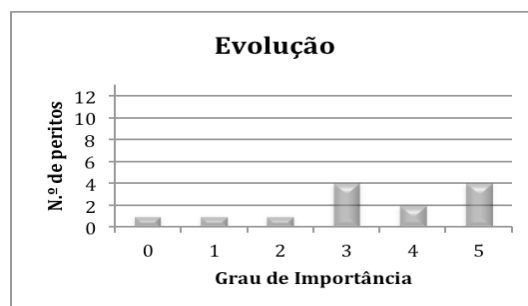


Figura 9 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Evolução (N=13).

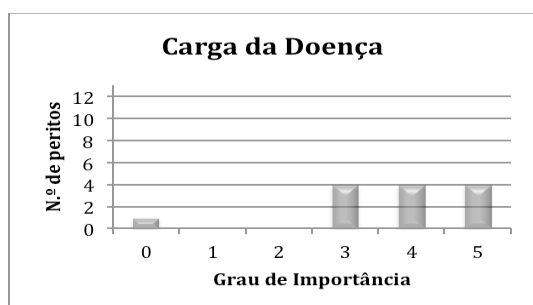


Figura 10 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Carga da Doença (N=13).

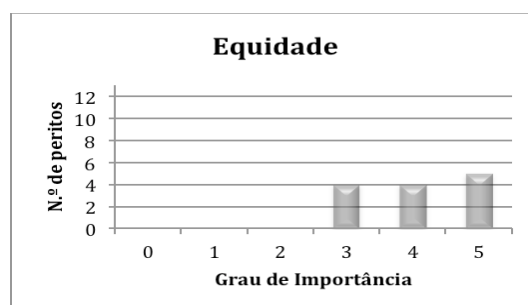


Figura 11 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Equidade (N=13).

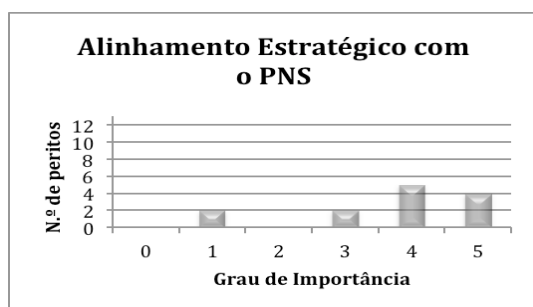


Figura 12 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Alinhamento Estratégico com o PNS (N=13).

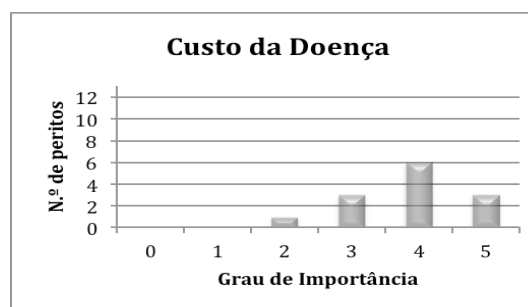


Figura 13 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Custo da Doença (N=13).

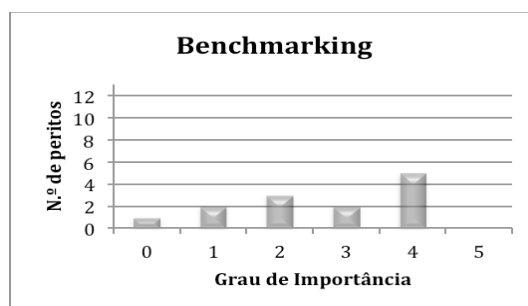


Figura 14 Gráfico de frequências absolutas (n) do grau de importância atribuído, pelos peritos, ao critério Benchmarking (N=13).

4.3. ANÁLISE DE CONTEÚDO

Cinco dos participantes do painel de Delphi comentaram os critérios de determinação de prioridades propostos (quadro 4).

Quadro 4 Comentários dos participantes do painel de Delphi aos critérios propostos.

CRITÉRIOS	COMENTÁRIO
Magnitude	Mais objetivo e imediato, com grande impacto quando o problema acontece mas deve também ser pensado no tempo e não só no momento.
Vulnerabilidade	Difícil por vezes de pensar para a definição de prioridades e dependendo muito de quem pensa em prevenção ou só em tratamento.
Gravidade	Poderá ser incluído no critério Evolução. Caso o seja, o seu grau de importância tornar-se-á nulo.
Exequibilidade	<u>Comentário 1:</u> Deverá dar-se atenção à potencial existência de intersecção com o conceito de vulnerabilidade, embora não sejam completamente sobreponíveis. <u>Comentário 2:</u> Importantíssimo na definição de prioridades já que a execução da prioridade depende dos fatores enumerados nesta definição.
Aceitabilidade	<u>Comentário 1:</u> Parece-me de pouca importância a nível regional, embora de elevada importância a nível local. <u>Comentário 2:</u> Pelo meu conhecimento as necessidades sentidas da população são área a trabalhar e na qual ainda temos poucos dados consistentes e atualizados. Serão necessários os diagnósticos de saúde das comunidades e não apenas os diagnósticos de situação. Daí que teoricamente atribuiria a pontuação de 4 ou 5 a este critério, mas pensando nalguma fragilidade de dados que temos, será mais confuso uma ponderação de algo no qual vamos eventualmente ter dificuldades.
Evolução	<u>Comentário 1:</u> Importante e deve ser equacionada na decisão das outras anteriores. <u>Comentário 2:</u> O que é uma evolução espontânea? Como assegurar a não interferência externa sobre os determinantes? Este exercício é muito complicado e as projeções que se obtiverem serão pouco fiáveis.
Carga da Doença	<u>Comentário 1:</u> Este critério não é independente face a outros (magnitude e gravidade). <u>Comentário 2:</u> A relação deste critério com a vulnerabilidade parece-nos essencial e este critério já foi contemplado.
Equidade	Não tem comentários.
Alinhamento Estratégico com o PNS	<u>Comentário 1:</u> Importantíssimo na definição da estratégia nacional. Deve-se definir nacional e agir localmente tendo sempre em atenção as especificidades locais <u>Comentário 2:</u> A baixa pontuação que atribuo prende-se com o facto de considerar este critério como assumido à partida. O facto de um problema poder ser uma prioridade regional e não ter o mesmo comportamento a nível nacional, terá que ser suportado pelos outros critérios. <u>Comentário 3:</u> Classificação influenciada pelo desconhecimento do método utilizado no PNS para a determinação de prioridades. Se no PNS for usado um método semelhante, o valor deste critério deverá ser aumentado.
Custo da Doença	Importante e no contexto político europeu ainda mais.
Benchmarking	<u>Comentário 1:</u> O seu grau de importância aumentará nas situações em que não se dispõe de dados e informação que permita a aplicação de alguns dos critérios teoricamente com grau de importância superior. <u>Comentário 2:</u> Ainda que possa revelar-se útil fazer benchmarking com o Continente e as outras regiões, não nos parece ser importante incluir a possibilidade de efetuar essa análise como critério de seleção.

Cinco dos participantes sugeriram outros critérios que foram organizados numa tabela (quadro 4), com os respectivos graus de importância atribuídos e comentários, sendo de referir que não houve repetição de critérios sugeridos.

Quadro 5 Critérios sugeridos pelos participantes do Painel de Delphi e respectivo grau de importância atribuído.

CRITÉRIOS SUGERIDOS	GRAU DE IMPORTÂNCIA	COMENTÁRIO
Salutogenicidade	5	Ver se na investigação recente existem estudos que permitam operacionalizar critérios alinhados com esta perspetiva.
Transcendência Social	5	Muito importante para problemas de saúde com elevada perda de anos de vida ou perda de anos de vida com qualidade.
Risco Potencial	5	Há problemas de saúde de baixa magnitude como consequência de intervenções sistemáticas, mas cujo potencial de risco é elevado na ausência da sistematização das intervenções (p.e., algumas das doenças evitáveis pela vacinação).
Custo-efetividade custo-benefício	4	Não teve comentários.
Previsibilidade	4	Migração, Imigração, Livre circulação europeia.
Facilidade em gerar parcerias	4	Problema cuja essência consegue envolver vários parceiros pela intersectorialidade das respostas possíveis e da sua eficiência. O facto de valorizar tanto estes critérios é pelo facto de precisarmos intervir nos serviços de saúde impulsionando uma mudança do paradigma patogénico para o salutogénico. Pelo aumento da eficácia (diminuição da doença) mas também porque implicará uma diminuição de custos em medicamentos por mudança de comportamento dos profissionais. Algumas mudanças serão a longo prazo mas, alguma vez tem de se começar.
Facilidade em gerar mudanças	4	Problema que induz mudança nas atuações dos profissionais e serviços pelas estratégias mais eficientes, em particular se forem utilizadas estratégias salutogénicas. O facto de valorizar tanto estes critérios é pelo facto de precisarmos intervir nos serviços de saúde impulsionando uma mudança do paradigma patogénico para o salutogénico. Pelo aumento da eficácia (diminuição da doença) mas também porque implicará uma diminuição de custos em medicamentos por mudança de comportamento dos profissionais. Algumas mudanças serão a longo prazo mas, alguma vez tem de se começar.

As respostas à pergunta aberta, referente à posição de concordância face à metodologia proposta, foram sistematizadas no quadro 6, sendo de referir que um dos participantes não respondeu e uma das respostas não foi classificada por não corresponder à questão.

Quadro 6 Respostas dos participantes do Painel de Delphi à questão n.º 3, referente à sua posição de concordância face à metodologia proposta.

Posição de Concordância	Respostas à questão n.º 3: <i>“Concorda com a metodologia selecionada para o processo de determinação das prioridades, no contexto da elaboração do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016? Solicitamos o seu comentário.”</i>
Concorda.	Concordo plenamente como forma eficiente de abordagem ao diagnóstico dos problemas de saúde duma população, sua priorização, controlo efetivo dos eventuais desvios através de mecanismos bem definidos e com uma participação mais ativa da comunidade e da população.
	Acho interessante e pertinente. Um importante passo se o modelo criado for posteriormente explicitado, tornado público, quer a metodologia utilizada na sua elaboração bem como as consequências da sua utilização. Mais um avanço numa “governança” que se pretende transparente e efetiva. Mas será que o modelo criado virá a ser utilizado?
	Parece-me uma abordagem com elevado potencial, numa realidade, como referido na documentação enviada, em que não há tradição para determinar prioridades em saúde, à partida bem estruturada e correta tecnicamente.
	Concordo em absoluto. Retirar a política e os interesses deste processo de decisão é de importância relevante para os destinatários e uma acertada alocação dos recursos.
	Sim.
	Sim porque para além de ser um processo alargado de discussão permite a procura de consensos.
	É uma forma adequada para diminuir os erros associados a um único observador ou a um único critério. Poderá, eventualmente, utilizar-se ainda mais que uma metodologia e comparar os resultados dos vários métodos, podendo introduzir-se, em seguida, correções na priorização.
	Concordo.
	Desconheço que metodologia foi adotada em Planos anteriores, mas parece-me extremamente interessante a presente. Para além de ter robustez, penso que de uma forma “simples” permite a tomada de decisão facilmente compreendida pela maioria dos profissionais e mesmo dos agentes ativos da comunidade e órgãos gestionários que os mesmos integram como os Conselhos da Comunidade. Este aspecto não sendo o fundamental, num plano regional, parece-me importante porque entendo que ter em conta esta situação, faz crescer o potencial futuro no critério aceitabilidade. Os conceitos selecionados estão definidos numa linguagem acessível. Será seguramente um desafio interessante a aplicação prática da metodologia.
Concorda, com alguma reserva.	Concordo, mas apenas parcialmente. Preferiria uma abordagem que colocasse em primeiro lugar, antes dos problemas, os aspectos fortes ou positivos que é prioritário valorizar e reforçar – (modelo salutogénico).
	Penso ser uma metodologia importante mas teria de fazer uma pesquisa bibliográfica para opinar se haverá outra mais eficaz e eficiente.
Não classificada.	Sugiro que os elementos do Painel de Delphi não sejam todos da área da administração de saúde/planeamento em saúde, mas que também inclua profissionais prestadores de cuidados de saúde dos CSP e dos CSH, de diferentes formações (não só médicos e enfermeiros ...).

PARTE V – DISCUSSÃO

5.1. DISCUSSÃO METODOLÓGICA

A seleção da Análise Multicritério da Tomada de Decisão (MCDA) para integrar uma proposta de metodologia, para a determinação das prioridades no Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016 (PRS), partiu do princípio que se deveria escolher uma metodologia que envolvesse as múltiplas dimensões do processo de tomada de decisão em saúde e, conseqüentemente, múltiplos critérios, permitindo a sua escolha e ponderação, dado não serem universais e carecerem de contextualização.

Existem muitos métodos de MCDA, muitos dos quais têm características úteis que poderiam justificar a sua aplicação (United Kingdom, 2009). A escolha do Método Aditivo Linear (LAM) na determinação de prioridades em saúde é preconizada, na literatura, por Baltussen e Niessen (2006) que referem que o processo de definição de prioridades envolve muitos critérios, podendo o processamento intuitivo de dados complexos conduzir a conclusões injustificadas, sendo que este método permite uma abordagem quantitativa. Por outro lado, estes autores defendem, ainda, a utilização de um método compensatório na determinação de prioridades em saúde, uma vez que este tipo de decisões geralmente permite compensações ou *trade-offs* entre critérios.

Importa, assim, salientar que uma metodologia que permita compensações entre critérios, não define qualquer critério eliminatório, ou seja, um critério que, caso não fosse cumprido, o problema teria de ser eliminado. Analisados os critérios selecionados, a exequibilidade seria o que poderia pôr em causa este aspecto, no entanto, caso um problema tivesse uma pontuação superior em todos os outros critérios, sendo priorizado, e a sua solução não fosse exequível, este deveria ser entendido como prioridade de investigação.

Embora a semelhança com outros métodos, como o método de ponderação de critérios e o método *Decision Alternative Rational Evaluation* (DARE), foi escolhido o LAM uma vez que, sendo um dos instrumentos mais simples da MCDA, permitiria introduzir esta disciplina, paulatinamente, no processo de determinação de prioridades, dada a sua transparência, rigor e incorporação das múltiplas dimensões próprias do processo de tomada de decisão em saúde. Assim, poder-se-ia, no futuro, passar de forma progressiva para métodos mais complexos, que requerem maior domínio desta disciplina, depois de sedimentados os seus princípios básicos.

Apesar de a primeira ronda ser frequentemente utilizada para construir uma lista inicial de itens (Schopper et al., 2000), foi apresentado um conjunto de critérios para apreciação dos

peritos, logo na primeira ronda. Embora a proposta de critérios inicial possa condicionar o resultado do painel de Delphi, permite chegar mais rapidamente a um consenso, assim como a um maior entendimento sobre o que se pretende com o painel de Delphi.

Segundo Baltussen et al. (2010), alguns estudos identificam os critérios de priorização através de técnicas de consenso, no entanto, alguns dos participantes poderão omitir critérios relevantes, por esquecimento. Outros estudos identificam estes critérios de forma teórica, através de revisão da literatura, o que poderá resultar num conjunto de critérios diferente daquele que seria relevante para o contexto em causa (Baltussen et al., 2010). Assim, estes autores defendem uma abordagem mista, com a elaboração de uma lista compreensiva de critérios, baseada na literatura, sendo depois submetida à análise de um grupo de consenso e alterada em conformidade. Esta abordagem tem-se provado efetiva na redução da omissão de critérios relevantes e, por outro lado, permite a comparabilidade entre diferentes estudos (Baltussen et al., 2010).

A lista inicial de critérios dependeu da revisão bibliográfica, que procurou ser exaustiva, mas que não se pode asseverar que esgote o tema. Os critérios obtidos pela revisão da literatura colocam, ainda, algumas limitações, na medida em que foram utilizados em contextos sociais, económicos e culturais diferentes. No entanto, estas limitações são minimizadas na medida em que os critérios foram, posteriormente, submetidos à análise de peritos, integrados no contexto de determinação de prioridades onde se pretende utilizar a metodologia, havendo espaço para a proposta de novos critérios ou eliminação dos propostos. Por outro lado, importa salientar que, no texto introdutório anexo ao questionário, estavam descritos os valores e princípios que norteavam o PRS e, consequentemente, o processo de determinação de prioridades, para que os participantes pudessem decidir em conformidade.

De todos os critérios de determinação de prioridades identificados na revisão bibliográfica, foram excluídos aqueles cuja definição não estava explícita, não permitindo a comparabilidade do mesmo conceito entre diferentes autores, nem a compreensão do seu significado. Kenny e Joffres (2008), na sua análise de vários processos de determinação de prioridades em saúde a nível internacional, referem que, em geral, não estavam disponíveis definições claras e consistentes dos conceitos cruciais e a imprecisão da linguagem não permitia fornecer uma direção clara do processo. Para estes autores, a falta de um vocabulário claro e comum nesses projetos fez a aplicação prática e a comparação de experiências praticamente impossível.

Deste modo os seguintes critérios, por não serem acompanhados por uma definição explícita, não foram incluídos na lista inicial: os riscos futuros, o “*container issue*”, o potencial

epidémico, a progressão dos problemas de saúde, o risco clínico, o risco de serviço, a acessibilidade, a confiança na evidência clínica, a pertinência, o impacto social, a dor, as prioridades locais declaradas, as implicações para a política de saúde, a carga social, a carga familiar e a qualidade.

Foram, também, excluídos os seguintes critérios que permitiam apenas priorizar intervenções e não problemas de saúde: o impacto previsível a curto e médio prazo, o fomento da participação comunitária e o custo-efetividade, custo-benefício e o custo-utilidade.

Apesar de citados por diversos autores, o custo-efetividade, o custo benefício e o custo-utilidade não foram considerados uma vez que se destinam a comparar alternativas em termos dos seus custos e dos seus resultados, pelo que permitem apenas comparar intervenções, não sendo aplicável à priorização de problemas. Estes indicadores serão importantes na comparação das alternativas de intervenção na etapa da seleção das estratégias (Tavares, 1990).

Foram, ainda, excluídos os critérios cuja independência preferencial mútua não se verificava, tendo-se selecionado, dos critérios considerados “dependentes”, aqueles cujo conceito tinha mais abrangência.

Assim, a transcendência social não foi incluída uma vez que está englobada na carga da doença, quer seja utilizado, na sua medição, o indicador dos Anos de Vida Potencial Perdidos (AVPP) ou dos Anos de Vida Ajustados pela Incapacidade (DALY). O conhecimento da relação entre o problema e o(s) fator(es) de risco, assim como a capacidade de prevenção, não foram incluídos dado estarem compreendidos no critério vulnerabilidade. Da mesma forma, a disponibilidade de recursos, as considerações sociais e éticas e a conformidade legal não foram incluídos por entendermos estarem compreendidos no critério exequibilidade.

Existem diferentes formas de medir a carga da doença. Um indicador frequentemente utilizado, e que mede o impacto da doença sobre a mortalidade, envolvendo a utilização do conceito de morte prematura e é a medição dos AVPP (Tragakes e Vienonen, 1998). Outro, muitas vezes considerado o principal indicador utilizado, sumariza a carga de mortalidade prematura e de incapacidade, a medição dos DALY (Wiseman e Mooney, 1997). Desta forma, pela impossibilidade de conhecer, ainda, qual a forma possível de medição da carga de doença na etapa do diagnóstico da situação do PRS, optou-se pela definição mais abrangente: a carga de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998). No entanto, optou-se por manter o critério de gravidade, definido enquanto a análise do problema em termos de criação de incapacidades (Tavares,

1990; Pineault e Daveluy, 1987), e o critério magnitude, enquanto a dimensão do problema (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1992), ou seja, o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault; Daveluy, 1987), uma vez que haveria a possibilidade de utilizar os AVPP para avaliar a carga da doença, deixando de estar contempladas as dimensões da morbilidade e incapacidade no conjunto de critérios. Nas próximas rondas, quando for possível aferir qual a forma possível de medir a carga da doença, esta deverá ser exposta para que os participantes possam reajustar as suas escolhas a este facto.

Não foi definido um número máximo de critérios a seleccionar, de forma a não restringir a escolha e a não correr o risco de deixar de fora alguns aspectos fundamentais de avaliação, pretendendo que o número de critérios a utilizar surja naturalmente, por consenso. No entanto, e dado que a priorização será mais complicada em função de um maior número de critérios (Pineault e Daveluy, 1987), este aspecto deverá ser tido em conta na última ronda.

Face à improbabilidade de obtenção de consenso relativamente à ponderação a atribuir a cada um dos critérios seleccionados, a tradução do grau de importância de cada critério no seu peso relativo será feita através do cálculo da média de pontuação que cada um obtenha, sendo depois calculado o seu peso em relação à pontuação total dos critérios. No entanto, este método direto para averiguar o peso dos critérios poderá não captar pensamentos implícitos ou inconscientes ou preferências (Goetghebeur et al., 2010).

O *Department of Communities and Local Government*, no Reino Unido, preconiza uma atribuição de ponderações através da comparação por pares dos critérios (United Kingdom, 2009), numa metodologia semelhante à utilizada pelo método de ponderação de critérios. Assim, depois de hierarquizados os critérios, seria solicitada a comparação de cada um deles com o que o precede em termos de importância, determinando um múltiplo que exprima a diferença de importância que se atribui a esse par, que seria utilizado no cálculo do peso relativo de cada critério (Pineault e Daveluy, 1987). Poder-se-ia utilizar esta metodologia nas rondas subsequentes, por forma a tornar o processo mais fiável e robusto.

5.2. DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Uma análise prévia aos resultados obtidos, apesar de se tratar apenas da primeira ronda, permite constatar que alguns dos critérios propostos reuniram consenso quanto à sua importância: a vulnerabilidade, a magnitude, a exequibilidade e a equidade, sendo que tiveram um grau de importância médio superior a 4, na escala de aplicada.

Considerando as condições de adoção dos critérios, ou seja, pontuação média superior ou igual a três e, simultaneamente, não ter obtido pontuação zero por um terço (33%) dos

participantes, apenas um dos critérios não seria adotado: o *benchmarking*, cujo grau de importância médio foi de 2,62. É, ainda, de salientar, que este critério foi o único que não recebeu, de nenhum dos participantes do painel, o grau máximo de importância.

Apenas três dos critérios obtiveram pontuação 0, cada um por apenas um dos participantes: carga da doença, evolução e *benchmarking*. Salienta-se, ainda, que os critérios cujo grau de importância médio foi menor apresentaram uma maior amplitude e desvio-padrão.

Foram sugeridos sete novos critérios, sendo que nenhum foi repetido. No entanto, analisados os comentários aos critérios sugeridos, verifica-se uma possível semelhança entre os critérios salutogenicidade e facilidade em gerar mudanças. Na próxima ronda deverá ser pedido, aos participantes que sugeriram cada um dos critérios, a sua definição, por forma a facilitar a compreensão e a comparabilidade entre eles.

Dois dos critérios sugeridos, a transcendência social e o custo-efetividade/custo-benefício, tinham sido previamente excluídos do conjunto inicial, por se considerar que não se verificava independência preferencial mútua e por apenas permitir a priorização de intervenções e não de problemas, respectivamente. O critério previsibilidade, sugerido por um dos participantes, poder-se-á considerar não ter independência preferencial mútua do critério evolução. A condição de independência preferencial mútua para a aplicação do LAM deverá ser destacada nas rondas subsequentes.

Onze dos participantes do painel de Delphi (85%) concordaram com a utilização da metodologia, embora dois apontassem alguma reserva. Nenhum dos participantes se mostrou desfavorável à sua utilização, sendo que um dos participantes não respondeu e uma das respostas não correspondia à pergunta. Deste modo, considera-se cumprida, nesta primeira ronda, a condição de adoção da metodologia proposta.

Uma vez que o questionário foi auto-administrado, e embora tenha sido realizado um pré-teste, verificou-se uma resposta que não correspondia ao perguntado, pelo que não se pode assegurar que as questões tenham sido interpretadas corretamente.

Não foram incluídas variáveis de caracterização, pelo que não foram estudadas associações entre as características dos participantes do painel de Delphi e as respostas obtidas. Embora não fosse esse o objetivo do trabalho, poder-se-ia questionar, nas rondas subsequentes, as seguintes variáveis de caracterização dos participantes do painel, que permitissem comparação futura dos resultados com outros estudos: idade, género, categoria profissional, tempo de serviço, nível no sistema de saúde (local, regional ou nacional), envolvimento prévio em processos de determinação de prioridades em saúde e se a determinação de prioridades faz parte das suas funções correntes.

PARTE VI – CONCLUSÃO

6.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016 (PRS) constitui uma janela de oportunidade para uma mudança na direção de melhores práticas, baseadas na evidência, transparentes e, portanto, mais próximas do envolvimento do cidadão. A utilização de uma metodologia de determinação de prioridades que confira mais transparência e rigor ao processo de tomada de decisão é, portanto, necessária.

Baltussen et al. (2010) destacam o potencial da Análise Multicritério da Tomada de Decisão (MCDA) na definição de prioridades gerais, a um nível estratégico. Não constituindo um método tecnocrata, a MCDA estabelece uma base sólida para a tomada de decisão.

O presente trabalho pretendeu validar a utilização desta metodologia e definir os critérios de determinação de prioridades e suas ponderações, contextualizados à sua aplicação no planeamento da saúde da região de Lisboa e Vale do Tejo.

Uma vez que se tratou de um estudo exploratório, os resultados obtidos poderão servir de base a estudos mais aprofundados nesta área e ao debate sobre os critérios subjacentes ao processo de determinação de prioridades em saúde.

Experiências recentes mostram que diferentes estudos têm identificado diferentes critérios para a determinação de prioridades, o que pode refletir diferenças reais entre as preferências nos diferentes países, mas também pode refletir diferenças nas abordagens metodológicas (Baltussen et al., 2010).

Deste modo, dado que todas e cada uma das opções tomadas influenciaram os resultados obtidos, estes devem ser interpretados com precaução, não podendo ser generalizados. Este trabalho constitui uma proposta que não pretende ser generalizada, mas possível de operacionalização na determinação de prioridades do PRS, sendo contextualizada à região, ao tempo e às circunstâncias.

6.2. LINHAS DE INVESTIGAÇÃO FUTURA

Como investigação subsequente, sugere-se a validação da metodologia de determinação de prioridades resultante deste estudo, com o fim de aferir a opinião sobre o resultado obtido, através da realização de um questionário submetido aos participantes do painel de Delphi ou a um grupo mais alargado.

Por outro lado, seria importante estudar a aplicação prática desta metodologia em termos de definição dos indicadores específicos e das escalas apropriadas para a avaliação dos problemas face a cada critério, assim como da constituição do painel a aplicar este instrumento.

A avaliação do processo de determinação de prioridades, findo o tempo de vigência do PRS, poderá constituir um estudo futuro. Poder-se-ia, para esse fim, utilizar o quadro ético da responsabilidade pela razoabilidade ou *accountability for reasonableness*, exposto no ponto no subcapítulo 2.4 *Determinação de prioridades em saúde* (p. 13). Considera-se fundamental uma avaliação final do impacto e pertinência da metodologia adotada, sendo necessário que os objetivos do processo de determinação de prioridades estejam bem definidos.

Um outro aspecto sobre o qual importaria incidir em estudos futuros é a legitimação social. Importa relembrar que a Lei de Bases da Saúde, Lei n.º 48/90, de 24 de Agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de Novembro, dispõe que é promovida a participação dos indivíduos e da comunidade organizada na definição da política de saúde e planeamento e no controlo do funcionamento dos serviços.

Considera-se que a adoção de uma metodologia mais transparente, fundamentada em valores explícitos, seja um passo dado nessa direção. No entanto, afigura-se essencial a definição de formas mais diretas de envolvimento da população, sendo que, para Kenny e Joffres (2008), o papel da participação pública precisa de ser melhor identificado.

No futuro, poder-se-iam fazer estudos mais abrangentes, com a participação de um grupo mais vasto, e não só de especialistas na área, onde se poderia utilizar a técnica de escolhas discretas ou *discrete choice experiments* para estimar as ponderações de cada critério.

Martin e Singer (2003) sugerem, ainda, a análise dos processos empíricos de tomada de decisão em saúde, para informar a teoria do que se faz na prática nos vários níveis do sistema de saúde do nosso país.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ACHTERBERG, Peter – Feasibility of disease related priority setting. **Health Strategies in Europe, Lisbon 12 July 2007**. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2007. [Consult. 6 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/p.pdf>>.
- ASUA, José; TABOADA, Jorge – Identificación y Priorización de Necesidades en Salud. Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS). [Em linha]. [S.l.]: IRYSS, [2005?]. [Consult. 6 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.galiciasalud.biz/Docs/xornadasQS/Iryss.pdf>>.
- BALTUSSEN, Rob [et al.] – Multi-criteria decision analysis to prioritize health interventions: Capitalizing on first experiences. Health Policy. [Em linha]. 96 (2010) 262-264. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/S0168-8510\(10\)00024-2/abstract](http://www.journals.elsevierhealth.com/periodicals/heap/article/S0168-8510(10)00024-2/abstract)>.
- BALTUSSEN, Rob [et al.] – Priority setting using multiple criteria: should a lung health programme be implemented in Nepal? Health Policy and Planning. [Em linha]. 22 (2007) 178-185. [Consult. 25 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://heapol.oxfordjournals.org/content/22/3/178.full.pdf+html>>.
- BALTUSSEN, Rob; NIESSEN, Louis – Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [Em linha]. 4:14 (2006). [Consult. 25 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.resource-allocation.com/content/4/1/14>>.
- BIRCHER, Johannes – Scientific Contribution: Towards a dynamic definition of health and disease. Medicine, Health Care and Philosophy. [Em linha]. 8 (2005) 335-341. [Consult. 17 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.mendeley.com/research/towards-a-dynamic-definition-of-health-and-disease/>>.
- CANADA. Public Health Agency of Canada – Key Element 1: Focus on the Health of Populations. [Em linha]. Ontário: Public Health Agency of Canada, [2011?]. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/population_health/key_element_1-eng.html>.
- CANITRU, Maria Daniela [et al.] – Multi-criteria Decision Support in Distribution System Asset Management. **19th International Conference on Electricity Distribution**. [Em

- linha]. Vienna: Congrès International des Réseaux Electriques de Distribution, [2007]. Paper 0588. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.energy.sintef.no/Prosjekt/RISKDSAM/Publications/Multi-Criteria%20Decision%20Support%20in%20Distribution%20System%20Asset%20Management.pdf>>.
- CHORNY, Adolfo; KUSCHNIR, Rosana; TAVEIRA, Maura – Planejamento e Programação em Saúde: Texto para Fixação de Conteúdos e Seminário. [Em linha]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2008. [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ensp.fiocruz.br/portal-ensp/_uploads/documentos-pessoais/documento-pessoal_12465.pdf>.
- CRAVEIRO, Isabel; FERRINHO, Paulo – Planear estrategicamente: a prática no SNS. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. 19:2 (2001) 27-37 [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL: <https://cms.ensp.unl.pt/www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/2-03-2001.pdf>>.
- CRUZ, Dulce – O Benchmarking na Melhoria dos Cuidados de Saúde. Referência. [Em linha]. 8 (2002). [Consult. 27 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.esenfc.pt/rr/rr/index.php?id_website=3&d=1&target=DetalhesArtigo&id_artigo=2085&id_rev=5&id_edicao=14>.
- GERICKE, Christian [et al.] – Intervention complexity: a conceptual framework to inform priority-setting in health. Bulletin of the World Health Organization. [Em linha]. 83:4 (2005)285-293. [Consult. 27 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2626218/pdf/15868020.pdf>>.
- GIOVINAZZO, Renata – Modelo de Aplicação da Metodologia Delphi pela Internet – Vantagens e Ressalvas. Administração On Line. [Em linha]. 2:2 (2001). [Consult. 16 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.fecap.br/adm_online/art22/renata.htm>.
- GOETGHBEUR, Mireille [et al.] – Combining multicriteria decision analysis, ethics and health technology assessment: applying the EVIDEM decisionmaking framework to growth hormone for Turner syndrome patients. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [Em linha]. 8:4 (2010). [Consult. 17 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-8-4.pdf>>.

GREEN, Andrew [et al.] – Strategic Health Planning: guidelines for developing countries. [Em linha]. Leeds: University of Leeds, 2002. 28p. [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.leeds.ac.uk/lihs/nuffield/documents/guidelines.pdf>>.

HAM, Chris – Priority setting in health care: learning from international experience. Health Policy. [Em linha]. 42 (1997) 49-66. [Consult. 27 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.healthpolicyjrnal.com/article/S0168-8510\(97\)00054-7/abstract](http://www.healthpolicyjrnal.com/article/S0168-8510(97)00054-7/abstract)>.

HAM, Chris; COULTER, Angela – Explicit and implicit rationing: taking responsibility and avoiding blame for health care choices. Journal of Health Services Research and Policy. [Em linha]. 6:3 (2001) 163-169. [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://jhsrp.rsmjournals.com/cgi/content/abstract/6/3/163>>.

HAM, Chris; COULTER, Angela, ed. lit. – The global challenge of health care rationing. Buckingham: Open University Press, 2000. 288 p. ISBN 0 335 20463 5.

HAUCK, Katharina; SMITH, Peter; GODDARD, Maria – The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review. [Em linha]. Washington: The World Bank, 2004. 74p. [Consult. 26 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>>.

HESPANHOL, Alberto; COUTO, Luciana; MARTINS, Carlos – A medicina preventiva. Revista Portuguesa de Clínica Geral. [Em linha]. 24 (2008) 49-64. [Consult. 19 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.apmcg.pt/PageGen.aspx?WMCM_Paginald=33568&artId=22>.

IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.^a Edição. Lisboa: Edições de Saúde, 1992. 200 p.

Justo, Cipriano – A Técnica Delphi de Formação de Consensos. [Em linha]. Lisboa: OPSS, 2005. 10 p. [Consult. 20 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.observaport.org/sites/observaport.org/files/A-Tecnica-Delphi-de-Formacao-de-Consensos.pdf>>.

KAPIRIRI, Lydia; NORHEIM, Ole – Criteria for priority-setting in health care in Uganda: exploration of stakeholders' values. Bulletin of the World Health Organization. [Em linha]. 82 (2004) 172-179. [Consult. 13 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.who.int/bulletin/volumes/82/3/172-179.pdf>>.

- KAPIRIRI, Lydia; NORHEIM, Ole; MARTIN, Douglas – Priority-setting at the micro-, meso- and macro-levels in Canada, Norway and Uganda. Health Policy. [Em linha]. 82 (2007) 78-94. [Consult. 28 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(06\)00189-8/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(06)00189-8/abstract)>.
- KENNY, Nuala; JOFFRES, Christine – An Ethical Analysis of International Health Priority-Setting. Health Care Analysis. [Em linha]. 16:2 (2008) 145-160. [Consult. 7 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.springerlink.com/content/f0w3v467v3842422/fulltext.pdf>>.
- LUGARINHO, Liliana – Bioética na incorporação de procedimentos, um olhar exploratório na Saúde Suplementar. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca, 2004. 96 f. Tese de Mestrado.
- LYTTKENS, Carl – Time to disable DALYs? On the use of DALYs in health policy. [Em linha]. Lund: Lund University, 2001. 24 p. [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.nek.lu.se/Ryde/luche99/Papers/lyttkens.pdf>>.
- MARTIN, Doug; SINGER, Peter – A Strategy to Improve Priority Setting in Health Care Institutions. Health Care Analysis. [Em linha]. 11:1 (2003) 59-68. [Consult. 13 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.reactforhealth.net/files/MgtAdmin.Docs%20and%20latest/Refere nce%20articles/martin_a_strategy.pdf>.
- MATOS, Manuel – Ajuda Multicritério à Decisão: introdução. [Em linha]. Porto: Faculdade de Economia da Universidade do Porto, 2005. 23 p. [Consult. 17 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://paginas.fe.up.pt/~mam/AD-intro.pdf>>.
- MINTZBERG, Henry – The rise and fall of strategic planning. Harvard Business Review. [Em linha]. 72:1 (1994) 107-114. [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.secondroad.net/foundations/conversation6/fall_and_rise_mintzberg.pdf>.
- MITTON, Craig; DONALDSON, Cam – Health care priority setting: principles, practice and challenges. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [Em linha]. 2:3 (2004) [Consult. 13 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.springerlink.com/content/0217511230062359/>>.
- NOBRE, Flávio; TROTTA, Lilian; GOMES, Luiz – Multi-criteria decision making: an approach to setting priorities in healthcare. Statistics in Medicine. [Em linha]. 18 (1999) 3345-3354. [Consult. 17 Julho 2011]. Disponível em

WWW:<URL:<http://www.mendeley.com/research/multicriteria-decision-making-an-approach-setting-priorities-health-care/>>.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Relatório de Primavera 2011: da depressão da crise para a governação prospectiva da saúde. [Em linha]. Lisboa: OPSS, 2011. 110 p. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.ihmt.unl.pt/downloads/destaques/RelatorioPrimavera2011_OPSS.pdf>.

PEACOCK, Stuart [et al.] – Overcoming barriers to priority setting using interdisciplinary methods. Health Policy. [Em linha]. 92 (2009) 124-132. [Consult. 25 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(09\)00053-0/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(09)00053-0/abstract)>.

PEREIRA, João; MATEUS, Céu; AMARAL, Maria João – Custos da Obesidade em Portugal. Documento de trabalho 4/99. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. 38 p. [Consult. 27 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.apes.pt/files/dts/dt_041999.pdf>.

PEREIRA, Maria – Metodologia Multicritério para Avaliação e Selecção de Sistemas Informáticos ao Nível Industrial. Braga: Universidade do Minho, 2003. 295 f. Dissertação de doutoramento.

PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole – La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1.^a edição. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1987. 380 p.

PINHO, Micaela; VEIGA, Paula – Racionamento dos cuidados de saúde e a participação da sociedade: revisão do debate. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. 28:2 (2010) 119-126. [Consult. 4 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.elsevier.es/en/node/2462848>>.

PLATONOVA, Elena [et al.] – Local Health Department Priority Setting: An Exploratory Study. **2010 Public Health Systems Research Interest Group Meeting, Boston 29 June 2010**. [Em linha]. Washington: Academy of Health, [2010?]. [Consult. 6 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.academyhealth.org/files/phsr/PHSR10Platonova.pdf>>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde – Saúde em Portugal: Uma Estratégia para o virar do Século 1998-2002. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde, 1998. 75 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2011d) – Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016. [Documento de trabalho]. 2011. Acessível na Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Lisboa, Portugal.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP (2011f) – Plano Estratégico 2011-2013 da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, IP, 2011. 55 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Administração Regional de Saúde do Norte, IP – Plano regional de Saúde do Norte 2009-2010. Porto: Administração Regional de Saúde do Norte, IP, 2009. 44 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2011a) – Estratégias para a Saúde III.2) Eixos Estratégicos: Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. 20 p. [Consult. 17 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2011b) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Proposta de modelo de Plano Regional de Saúde: Análise, estrutura e índice. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. 5 p.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2011c) – Estratégias para a Saúde I) Enquadramento (Versão Discussão) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. 11 p. [Consult. 17 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/Enq_16-03-2011.pdf>.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde (2011e) – Estratégias para a Saúde IV) Objectivos para o Sistema de Saúde 1) Obter Ganhos em Saúde (Versão Discussão) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. 23 p. [Consult. 17 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/03/OSS1_17-05-2011.pdf>.

REDE DE INVESTIGADORES DO OBSERVATÓRIO PORTUGÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE (OPSS) – Um olhar sobre as reformas e as políticas de saúde. [Em linha].

- Lisboa: Observatório Português dos Sistemas de Saúde, 2003. [Consult. 18 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.observaport.org/node/143>>.
- ROBINSON, Ray – Limits to rationality: economics, economists and priority setting. Health Policy. [Em linha]. 49 (1999) 13-26. [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510\(99\)00040-8/abstract](http://www.healthpolicyjrn.com/article/S0168-8510(99)00040-8/abstract)>.
- RUDAN, Igor [et al.] – Evidence-Based Priority Setting for Health Care and Research: Tools to Support Policy in Maternal, Neonatal, and Child Health in Africa. PLoS Medicine. [Em linha]. 7:7 (2010). [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.plosmedicine.org/article/info%3Adoi%2F10.1371%2Fjournal.pmed.1000308>>.
- SABIK, Lindsay; LIE, Reidner – Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. International Journal for Equity in Health. [Em linha]. 7:4 (2008). [Consult. 12 Maio 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-7-4.pdf>>.
- SAKELLARIDES, Constantino [et al.] – O futuro do Sistema de Saúde Português: “Saúde 2015”. [Em linha]. Lisboa: Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, 2005. 224 p. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<https://infoeuropa.euroid.pt/registo/000036272/>>.
- SÁNCHEZ, Fernando; ABELLÁN, José; MARTINEZ, Jorge – ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe 2008 SESPAS. Gaceta Sanitaria [Em linha]. 22 (Suplemento 1) (2008) 126-136. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v22nSupl.1a13118097pdf001.pdf>>.
- SCHOPPER, Doris [et al.] – When providers and community leaders define health priorities: the results of a Delphi survey in the canton of Geneva. Social Science & Medicine. [Em linha]. 51 (2000) 335-342. [Consult. 15 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0277953699004578>>.
- SEGAL, Leonie; CHEN, Ying – Priority Setting for Health: A Critique of Alternative Models. [Em linha]. West Heidelberg, Victoria: Centre for Health Program Evaluation, 2001. 123 p. [Consult. 8 Junho 2011]. Disponível em

WWW:<URL:<http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/rr22.pdf>>. ISBN 1 87662 39 5.

SENA, Catarina; FERRINHO, Paulo; MIGUEL, José Pereira – Planos e programas de saúde em Portugal: questões metodológicas e macroanálise dos programas nacionais. Revista Portuguesa de Saúde Pública. [Em linha]. 21:1 (2006) 5-19 [Consult. 15 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ensp.unl.pt/dispositivos-de-apoio/cdi/cdi/sector-de-publicacoes/revista/2000-2008/pdfs/01.pdf>>.

TAVARES, António – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990. 223 p.

TEIXEIRA, Carmen, organizadora [et al.] – Planeamento em saúde: conceitos, métodos e experiências. [Em linha]. Salvador: EDUFBA, 2010. 160 p. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1064/1/Planeamento %20em%20Saude.pdf](http://www.repositorio.ufba.br/ri/bitstream/123456789/1064/1/Planeamento%20em%20Saude.pdf)>. ISBN 978-85-232-0707-6.

TENG, Flora; MITTON, Craig; MACKENZIE, Jennifer – Priority setting in the provincial health services authority: survey of key decision makers. BMC Health Services Research. [Em linha]. 7:84 (2007). [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1899487/pdf/1472-6963-7-84.pdf>>.

TRAGAKES, Ellie; VIENONEN, Mikko – Key issues in rationing and priority setting for health care services. [Em linha]. [S.l.]: World Health Organization, 1998. 47 p. [Consult. 25 Janeiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/118582/E60144.pdf>.

UNITED KINGDOM. Department for Communities and Local Government. – Multi-criteria Analysis: a manual. [Em linha]. London: Communities and Local Government Publications, 2009. 165 p. [Consult. 8 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.communities.gov.uk/documents/corporate/pdf/1132618.pdf>>. ISBN 978-1-4098-1023-0.

UNITED KINGDOM. The National Health Service (NHS) Confederation. Primary Care Trust Network – Priority-setting: strategic planning. [Em linha]. London: The NHS Confederation, 2008. 22 p. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em

WWW:<URL:<http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Priority%20setting%20strategic%20planning.pdf>>.

UNITED KINGDOM. The National Health Service (NHS) Confederation. Primary Care Trust Network – Priority-setting: an overview. [Em linha]. London: The NHS Confederation, 2007. 15 p. [Consult. 15 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.nhsconfed.org/Publications/Documents/Priority%20setting%20an%20overview.pdf>>.

WILSON, Edward; REES, John; FORDHAM, Richard – Developing a prioritisation framework in an English Primary Care Trust. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [Em linha]. 4:3 (2006). [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-4-3.pdf>>.

WISEMAN, Virginia; MOONEY, Gavin – Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. Health Policy. [Em linha]. 43 (1998) 243-251. [Consult. 23 Março 2011]. Disponível em WWW:<URL:[http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510\(98\)00003-7/abstract](http://www.healthpolicyjrnl.com/article/S0168-8510(98)00003-7/abstract)>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Programme budgeting and priority-setting: Analytical framework for setting WHO priorities. Report by the Director-General. [Em linha]. Genève: WHO, 1997. 13 p. [Consult. 4 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/eb10124.pdf>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – WHO Evaluation of the National Health Plan of Portugal (2004–2010). [Em linha]. Denmark: WHO, 2010. 42 p. [Consult. 13 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/files/2011/01/WHO_NHPEvaluation.pdf>.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- ASADI-LARI, Mohsen; PACKMAN, Chris; GRAY, David – Need for redefining needs. Health and Quality of Life Outcomes. [Em linha]. 1:34 (2003). [Consult. 20 Fevereiro 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.hqlo.com/content/1/1/34>>.
- DOLAN, Paul; TSUCHIYA, Aki – Health priorities and public preferences: the relative importance of past health experience and future health prospects. Journal of Health Economics. [Em linha]. 24 (2005) 703-714. [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0167629604001432>>.
- EVIDENCE-BASED CARE RESOURCE GROUP. – Evidence-based care. 1. Setting priorities: how important is this problem? Canadian Medical Association Journal. [Em linha]. 150:8 (1994) 1249–1254. [Consult. 12 Junho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1486445/pdf/cmaj00288-0071.pdf>>.
- HUTUBESSY, Raymond [et al.] – Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector. Cost Effectiveness and Resource Allocation. [Em linha]. 1:8 (2003). [Consult. 13 Julho 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-1-8.pdf>>.
- LAVIS, John [et al.] – SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP). Health Research Policy and Systems. [Em linha]. 7 (2009). [Consult. 27 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/I1>>.
- LAVIS, John [et al.] – SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 3: Setting priorities for supporting evidence-informed policymaking. Health Research Policy and Systems. [Em linha]. 7 (2009). [Consult. 27 Abril 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S3>>.
- MURRAY, Christopher [et al.] – Development of WHO guidelines on generalized cost-effectiveness analysis. Health Economics. [Em linha]. 9 (2000) 235-251. [Consult. 17 Março 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.who.int/choice/publications/p_2000_guidelines_generalisedcea.pdf>.
- OBERMANN, Konrad; TOLLEY, Keith – The state of health care priority setting and public participation. [Em linha]. York: Centre for Health Economics – University of York, 1997. 23

p. [Consult. 19 Março 2011]. Disponível em
WWW:<URL:http://www.york.ac.uk/che/pdf/DP154.pdf>.

OXMAN, Andrew [et al.] – SUPPORT Tools for evidence-informed health Policymaking (STP) 1: What is evidence-informed policymaking?. Health Research Policy and Systems. [Em linha]. 7 (2009). [Consult. 27 Abril 2011]. Disponível em
WWW:<URL:http://www.health-policy-systems.com/content/7/S1/S1>.

RYAN, Mandy [et al.] – Eliciting public preferences for healthcare: a systematic review of techniques. Health Technology Assessment. [Em linha]. 5:5 (2001). [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.hta.ac.uk/execsumm/summ505.htm>.

SIBBALD, Shannon [et al.] – Priority setting: what constitutes success? A conceptual framework for successful priority setting. BMC Health Services Research. [Em linha]. 9:43 (2009). [Consult. 13 Março 2011]. Disponível em
WWW:<URL:http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/43>.

WISEMAN, Virginia [et al.] – Involving the general public in priority setting: experiences from Australia. Social Science & Medicine. [Em linha]. 56 (2003) 1001-1012. [Consult. 15 Março 2011]. Disponível em
WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0277953602000916>.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Declaration of Alma-Ata. **International Conference on Primary Health Care**. [Em linha]. Alma-Ata: World Health Organization, 1978. [Consult. 20 Julho 2011]. Disponível em
WWW:<URL:http://www.who.int/hpr/NPH/docs/declaration_almaata.pdf>.

ANEXOS

ANEXO 1

Questionário submetido na primeira ronda do painel de Delphi

“Metodologia de Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde”

Painel de Delphi – 1.ª Ronda

1. Atribua a cada critério o seu **grau de importância** na determinação de prioridades no planeamento regional, numa escala de **0 a 5**, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante. O grau de importância atribuído a cada critério será utilizado para definir o seu peso relativo, aquando da aplicação deste modelo.

Pontue com **zero** aqueles que considera **não deverem ser utilizados na determinação de prioridades** em saúde a nível regional, com a metodologia selecionada, por não serem relevantes, por não serem aplicáveis ou por não se verificar independência preferencial mútua entre eles.

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	GRAU DE IMPORTÂNCIA (0 a 5)	COMENTÁRIO
Magnitude	A magnitude caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldes, 1992). Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault e Daveluy, 1987).		
Vulnerabilidade	A vulnerabilidade corresponde à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva, ou seja, à capacidade de intervenção ou controlo do problema. A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault e Daveluy, 1987).		
Gravidade	A gravidade do problema pode ser definida de múltiplas formas, sendo adotada como definição de gravidade a análise do problema em termos de criação de incapacidades (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).		
Exequibilidade	Viabilidade de execução tecnológica, económica, deontológica (Tavares, 1990), legal, organizacional, sociocultural, ética (Pineault e Daveluy, 1987) e política (Pineault e Daveluy, 1987; Robinson, 1999) da(s) intervenção(ões).		
Aceitabilidade	Aceitabilidade da população (Tavares, 1990) e necessidades sentidas pela comunidade (Ham, 1997).		
Evolução	Possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente (Imperatori; Giraldes, 1992).		
Carga da Doença	Carga de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998).		
Equidade	Ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al, 2008, Marmot, 2007, OMS, 2010 cit. por ACS, 2011a).		
Alinhamento estratégico com o Plano Nacional de Saúde	Consistência com as prioridades definidas a nível nacional (Segal e Chen, 2001).		
Custo da Doença	Forma de avaliação económica que estima as despesas e o valor da produção perdida devido a determinada doença (Pereira, Mateus e Amaral, 1999).		
Benchmarking	Análise do potencial de saúde através da comparação com Portugal-Continental e com as outras regiões de saúde (ACS, 2011b).		

2. Caso assim o entenda, proponha **outros critérios** para além dos apresentados, sendo que deverá atender à **necessidade de independência preferencial mútua dos critérios**. Solicita-se, ainda, que atribua a cada um, o **grau de importância** que considera terem na determinação de prioridades no planeamento regional, numa escala de **1 a 5**, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante.

CRITÉRIO	GRAU DE IMPORTÂNCIA (1 A 5)	COMENTÁRIO

3. Concorda com a metodologia selecionada para o processo de determinação das prioridades, no contexto da elaboração do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016? Solicitamos o seu comentário.

Agradecemos a sua participação.

ANEXO 2

Convite, enviado por correio electrónico, para participação no painel de Delphi

Assunto: Convite à participação em painel de *Delphi* “Metodologia de Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde”

Exmo. Sr. _____

No âmbito da elaboração do Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016, está a ser preparada a etapa do planeamento em saúde referente à determinação de prioridades.

Neste contexto, e recorrendo à metodologia de *Delphi*, pretende-se, através da consulta de peritos, definir os critérios de priorização dos problemas e a sua ponderação, assim como outros aspectos da operacionalização desta metodologia.

Mais se informa que este trabalho constitui o trabalho de projeto “*Metodologia de Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde*”, no contexto do Curso de Mestrado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa, da mestranda Raquel Eusébio, sob a orientação do Sr. Professor Doutor António Tavares, diretor do Departamento de Saúde Pública da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo e Professor Auxiliar da Escola Nacional de Saúde Pública – Universidade Nova de Lisboa.

Assim, vimos convidá-lo a participar, através da integração num painel de *Delphi*, constituindo o seu contributo uma mais valia importante para a finalidade ambicionada.

Pretende-se constituir um painel multidisciplinar e abrangente, dada a natureza do objeto em análise, tendo-se convidado 27 pessoas com trabalho reconhecido na área da Política e Administração de Saúde e/ou no Planeamento da Saúde, que exercem funções na Direcção-Geral da Saúde, Alto Comissariado da Saúde, Administração Central dos Serviços de Saúde, Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, Escola Nacional de Saúde Pública, Instituto Nacional de Saúde Dr. Ricardo Jorge, Coordenação Estratégica para os Cuidados de Saúde Primários, Associação Portuguesa para o Desenvolvimento Hospitalar, Associação Portuguesa de Médicos de Clínica Geral, assim como Diretores Executivos, Presidentes de Conselho Clínico, Coordenadores de Unidades de Saúde Pública e profissionais de saúde de Agrupamentos de Centros de Saúde.

Prevê-se que o painel seja efetuado em duas rondas. Na primeira ronda, solicita-se o preenchimento de um questionário, com um tempo de resposta estimado em cerca de 15 minutos.

Na segunda ronda, será reenviado o mesmo questionário, já com os contributos de todos os peritos, para apreciação e eventual introdução de novos contributos, sendo garantido o anonimato das respostas.

O questionário, em anexo (Painel de Delphi – ronda 1.doc), está em suporte *Word*, solicitando-se que salve o documento após a introdução das suas respostas e que o reenvie para o endereço de correio electrónico raquel.eusebio@arslvt.min-saude.pt.

Agradecendo, desde já, a sua participação, **solicita-se que a resposta seja introduzida até ao próximo dia 28 de Julho.**

Junto se anexa, ainda, documento explicativo da contextualização, metodologia do trabalho e funcionamento do painel de *Delphi* (Painel de Delphi – introdução.pdf), cuja leitura prévia facilita o preenchimento do questionário.

Caso verifique algum problema ou queira colocar alguma questão, poderá contactar-nos através do endereço de correio electrónico xxxxx.xxxxxx@xxxxxx.xxx ou através do telefone xxx xxx xxx.

Atenciosamente,

Professor Doutor António Tavares

Raquel Eusébio

ANEXO 3

Documento introdutório à primeira ronda do painel de Delphi, enviado por correio electrónico

Contextualização

As prioridades em saúde são, muitas vezes, determinadas de forma *ad-hoc*, através de abordagens intuitivas, baseadas no histórico e sujeitas a pressões políticas (Baltussen; Niessen, 2006).

Os problemas em saúde podem ser analisados à luz de uma multiplicidade de critérios, sendo complexo e difícil tomar decisões racionais quando não suportadas por uma metodologia que confira transparência e coerência ao processo (Baltussen; Niessen, 2006).

Nas últimas décadas, têm surgido métodos que permitem racionalizar a tomada de decisão, como a análise da carga de doença, a análise de custo-efetividade, a análise de equidade, entre outros. No entanto, estas metodologias apenas se focam numa dimensão do problema, sendo necessário recorrer a metodologia que permita, de forma sistemática, ter em conta todos os critérios considerados relevantes, simultaneamente (Baltussen; Niessen, 2006).

Para este efeito, foi selecionada, como metodologia a adotar para a determinação das prioridades para o Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016, a Análise Multicritério da Tomada de Decisão através do Modelo Linear Aditivo, que permite liberdade na definição dos critérios de priorização, assim como na determinação do peso relativo de cada um na tomada de decisão.

Metodologia

A Análise Multicritério da Tomada de Decisão ou *Multi-criteria Decision Analysis* (MCDA) é uma disciplina que estuda os métodos e processos para suportar de forma racional a tomada de decisão num contexto onde múltiplos critérios intervêm e onde, por vezes, entram em conflito. A MCDA permite racionalizar e tornar transparentes os mecanismos compensatórios, as incertezas e os juízos de valor subjacentes ao processo de tomada de decisão numa realidade múltipla e complexa (Canitru, 2007).

Salienta-se, no entanto, que a MCDA não deve ser encarada como formular ou tecnocrática, mas antes como um instrumento de apoio à tomada de decisão na determinação de prioridades, sugerindo a ordenação das várias opções, de acordo com os critérios e pesos relativos assumidos, sendo o papel mais importante o desempenhado pelos decisores (Baltussen; Niessen, 2006).

A MCDA, através de uma abordagem multidisciplinar, possibilita avaliar cada opção de acordo com diferentes critérios, assim como definir o grau de importância a atribuir a cada critério, traduzido através da sua ponderação (Baltussen; Niessen, 2006).

Este processo inicia-se com a construção da Matriz de Decisão Multicritério ou *Performance matrix*, onde cada linha representa o comportamento de uma opção face aos diferentes critérios e cada coluna representa o comportamento das diferentes opções face a um determinado critério. Numa forma mais básica de aplicação da MCDA, esta matriz poderá constituir o produto final da análise. Existem, no entanto, diversos métodos, com diferentes graus de sofisticação analítica, que permitem converter a informação da matriz em valores numéricos consistentes (United Kingdom, 2009).

O Modelo Linear Aditivo ou *Linear Additive Model* (LAM) é o método mais conhecido e utilizado na MCDA, quer pelas provas dadas na robustez da decisão, como pela simplicidade e relevância da sua aplicação em problemas práticos (United Kingdom, 2009). Assim, este método permite celeridade no processo de tomada de decisão, sem exigir conhecimentos analíticos complexos na sua utilização.

A utilização desta metodologia na determinação das prioridades em saúde, a nível regional, permitirá evidenciar o comportamento de um problema face a vários critérios, selecionados por peritos, combinado num valor final. Este valor é obtido através da soma das classificações obtidas em cada critério, depois de multiplicadas pelo seu peso relativo. No entanto, esta simples aritmética apenas é passível de utilização caso os critérios tenham independência preferencial mútua, por forma a não introduzir redundância no processo, sobrevalorizando o que deveria ser um único critério (United Kingdom, 2009).

Esta ideia de independência é mais simples e menos restritiva que a independência estatística, não implicando a análise de correlações estatísticas entre os critérios. A independência preferencial dos critérios verifica-se quando as classificações das opções face a um determinado critério não são afetadas pelas classificações de nenhum dos outros critérios (United Kingdom, 2009).

Salienta-se que o Modelo Linear Aditivo tem um carácter compensatório, ou seja, um melhor desempenho de uma alternativa em relação a uma outra, frente a um critério, poderá compensar o seu pior desempenho em relação a essa mesma alternativa, frente a um outro critério (United Kingdom, 2009).

Os critérios devem ser selecionados de forma ponderada, de modo a assegurar a sua exaustividade, exequibilidade e independência preferencial mútua, garantindo, assim, a possibilidade de utilização deste método e evitando a redundância e um excessivo número de critérios (Baltussen; Niessen, 2006).

A operacionalidade de cada critério deve ser garantida de forma a que, na prática, os critérios sejam mensuráveis, ainda que se admite que a análise dos problemas em saúde face a alguns dos critérios seja qualitativa, na ausência de dados robustos.

A análise do comportamento dos problemas, identificados no diagnóstico da situação da Região de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, face a cada um dos critérios, deverá ser realizada por um conjunto de peritos com conhecimento da realidade, competência e experiência na matéria.

Valores e Princípios

Ham (1997) destaca a importância da definição dos valores e princípios na determinação de prioridades em saúde.

Os valores e princípios que informarão o processo de determinação de prioridades são os adotados pelo Plano Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016.

O Plano Regional de Saúde comunga dos valores e dos princípios do Plano Nacional de Saúde 2011-2016, sendo os valores fundamentais que o norteiam a Universalidade, o Acesso a cuidados de qualidade, a Equidade, a Solidariedade, a Justiça Social, a Capacitação do cidadão, a Prestação de cuidados de saúde centrados na pessoa, o Respeito, a Solicitude e a Decisão apoiada na evidência científica (ACS, 2011c).

Destacam-se como princípios orientadores a Transparência e responsabilização, o Envolvimento e participação, a Redução das desigualdades em saúde, a Integração e continuidade dos cuidados e a Sustentabilidade (ACS, 2011c).

Painel de *Delphi*

Através deste painel de Delphi, pretende-se selecionar os critérios a utilizar na determinação de prioridades a nível regional, no contexto específico da elaboração do Plano Regional de Saúde em Lisboa e Vale do Tejo 2011-2016, assim como determinar o peso relativo que cada um deles terá nesse processo.

Após revisão bibliográfica, é proposto um conjunto de critérios utilizados na determinação de prioridades em saúde, especificamente na priorização de problemas de saúde. Foram encontradas múltiplas definições para cada critério, sendo descrita a definição adotada, assim como os autores que utilizaram ou preconizaram a utilização de cada critério na determinação de prioridades em saúde (tabela 1).

CRITÉRIO	DEFINIÇÃO	FONTE
Magnitude	A magnitude caracteriza o problema pela sua dimensão (Tavares, 1990; Imperatori e Giraldez, 1992). Hanlon definiu magnitude como o número de pessoas afetadas pelo problema, em relação à população total (Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Asua e Taboada, 2005); (Pineault e Daveluy, 1987); (Platonova et al., 2010); (Tragakes e Vienonen, 1998); (Segal e Chen, 2001)
Vulnerabilidade	A vulnerabilidade corresponde à sensibilidade do problema a uma ação curativa ou preventiva, ou seja, à capacidade de intervenção ou controlo do problema. A vulnerabilidade avalia se existem soluções para as diferentes fases de evolução do problema, em termos de prevenção, tratamento ou reabilitação (Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (Achterberg, 2007); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Pineault e Daveluy, 1987); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010); (Segal e Chen, 2001)
Gravidade	A gravidade do problema pode ser definida de múltiplas formas, sendo adotada como definição de gravidade a análise do problema em termos de criação de incapacidades (Tavares, 1990; Pineault e Daveluy, 1987).	(Tavares, 1990); (Asua e Taboada, 2005); (Platonova et al., 2010); (Pineault e Daveluy, 1987); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Sabik e Lie, 2008); (Kenny e Joffres, 2008); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Lyttkens, 2001)
Exequibilidade	Viabilidade de execução tecnológica, económica, deontológica (Tavares, 1990), legal, organizacional, sociocultural, ética (Pineault e Daveluy, 1987) e política (Pineault e Daveluy, 1987; Robinson, 1999) da(s) intervenção(ões).	(Tavares, 1990); (Pineault e Daveluy, 1987); (Asua e Taboada, 2005); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008); (Segal e Chen, 2001); (Robinson, 1999)
Aceitabilidade	Aceitabilidade da população (Tavares, 1990) e necessidades sentidas pela comunidade (Ham, 1997).	(Tavares, 1990); (Imperatori e Giraldez, 1992); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010); (Sabik e Lie, 2008); (Ham, 1997); (Segal e Chen, 2001); (Sánchez, Abellán e Martínez, 2008)
Evolução	Possibilidade de um problema se agravar, estacionar ou resolver espontaneamente (Imperatori; Giraldez, 1992).	(Imperatori e Giraldez, 1992); (WHO, 1997); (Platonova et al., 2010)
Carga da Doença	Carga de morbilidade, incapacidade e mortalidade prematura de uma doença (Wiseman e Mooney, 1998).	(Tragakes e Vienonen, 1998); (Achterberg, 2007); (Segal; Chen, 2001); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Kenny e Joffres, 2008); (WHO, 1997)
Equidade	Ausência de diferenças evitáveis, injustas e passíveis de modificação do estado de saúde de grupos populacionais de contextos sociais, geográficos ou demográficos diversos (Marmot et al, 2008, Marmot, 2007, OMS, 2010 cit. por ACS, 2011a).	(WHO, 1997); (Achterberg, 2007); (Segal e Chen, 2001); (Hauck, Smith e Goddard, 2004); (Sabik e Lie, 2008); (Kenny e Joffres, 2008)
Alinhamento estratégico com o Plano Nacional de Saúde	Consistência com as prioridades definidas a nível nacional (Segal e Chen, 2001).	(Platonova et al., 2010); (Segal e Chen, 2001); (Wilson, Rees e Fordham, 2006);
Custo da Doença	Forma de avaliação económica que estima as despesas e o valor da produção perdida devido a determinada doença (Pereira, Mateus e Amaral, 1999).	(Achterberg, 2007); (Segal e Chen, 2001)
Benchmarking	Análise do potencial de saúde através da comparação com Portugal-Continental e com as outras regiões de saúde (ACS, 2011b).	(Achterberg, 2007); (Platonova et al., 2010)

Tabela 1: Critérios propostos, após revisão bibliográfica, definição adotada e fontes da sua utilização como critérios de priorização de problemas de saúde.

Na primeira ronda, e através do presente questionário, solicita-se que avalie cada um dos critérios propostos. Para tal, é-lhe pedido que defina o **grau de importância** que atribui a cada um, na determinação de prioridades no planeamento regional, **pontuando-os numa escala de zero a cinco**, sendo 1 pouco importante e 5 muito importante.

Deverá **pontuar com zero** os critérios que considera **não deverem ser utilizados na determinação de prioridades** em saúde a nível regional, com a metodologia seleccionada, por não serem relevantes, por não serem aplicáveis ou por não se verificar independência preferencial mútua entre eles.

O grau de importância atribuído a cada critério (de 1 a 5), será utilizado para definir o seu peso relativo, aquando da aplicação deste método.

Face à improbabilidade de obtenção de consenso, dado o pequeno número de rondas a efetuar, a tradução do grau de importância de cada critério no seu peso relativo, será feita através do cálculo da média de pontuação que cada um obtenha, sendo depois calculado o seu peso em relação à pontuação total dos critérios.

Caso entenda necessário, poderá **comentar cada critério** quanto à sua adequação, definição ou importância.

Solicita-se, ainda, que **proponha outros critérios** para além dos sugeridos, se considerar adequado, sendo que deverá atender à **necessidade de independência preferencial mútua dos critérios**.

Não é definido, nesta ronda, um número máximo de critérios a seleccionar, por forma a não restringir a escolha e a não correr o risco de deixar de fora alguns aspectos fundamentais de avaliação.

Solicita-se, por fim, o seu **comentário à metodologia** de determinação de prioridades escolhida.

Na segunda ronda será reenviado o mesmo questionário, já com os contributos de todos os peritos, para apreciação e eventual introdução de novos contributos, sendo garantido o anonimato das respostas.

Caso verifique algum problema ou queira colocar algumas questões, poderá contactar-nos através do endereço de correio electrónico xxxxx.xxxxxx@xxxxxx.xxx ou através do telefone xxx xxx xxx.

Atenciosamente,

Professor Doutor António Tavares

Raquel Eusébio

BIBLIOGRAFIA

- ACHERBERG, Peter – Feasibility of disease related priority setting. *Health Strategies in Europe*, Lisbon 12 July 2007. [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2007. [Consult. 6 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/files/2007/12/p.pdf>.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2011a) – Estratégias para a Saúde III.2) Eixos Estratégicos: Equidade e Acesso adequado aos Cuidados de Saúde (Versão Discussão) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. [Consult. 17 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/ea_16-03-2011.pdf>.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2011b) – Plano Nacional de Saúde 2011-2016 – Proposta de modelo de Plano Regional de Saúde: Análise, estrutura e índice. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. 5 p.
- ALTO COMISSARIADO DA SAÚDE (2011c) – Estratégias para a Saúde I) Enquadramento (Versão Discussão) [Em linha]. Lisboa: Alto Comissariado da Saúde, 2011. [Consult. 17 Jul. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.acs.min-saude.pt/pns2011-2016/files/2011/02/Enq_16-03-2011.pdf>.
- ASUA, José; TABOADA, Jorge – Identificación y Priorización de Necesidades en Salud. *Red de investigación de resultados en salud y servicios sanitarios (IRYSS)*. [Em linha]. [S.l.], [2005?]. [Consult. 6 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.galiciasalud.biz/Docs/xornadasQS/Iryss.pdf>.
- BALTUSSEN, Rob; NIESSEN, Louis – Priority setting of health interventions: the need for multi-criteria decision analysis. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. [Em linha]. 4:14 (2006). [Consult. 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.resource-allocation.com/content/4/1/14>.
- CANITRU, Maria Daniela [et al.] – Multi-criteria Decision Support in Distribution System Asset Management. *19th International Conference on Electricity Distribution*. [Em linha]. Vienna: CIRED – Congrès International des Réseaux Electriques de Distribution, [2007]. Paper 0588. [Consult. 15 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.energy.sintef.no/Prosjekt/RISKDSAM/Publications/Multi-Criteria%20Decision%20Support%20in%20Distribution%20System%20Asset%20Management.pdf>.
- HAM, Chris – Priority setting in health care: learning from international experience. *Health Policy*. [Em linha]. 42 (1997) 49-66. [Consult. 27 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8X-3SX1MNY-H-1&_cdi=5882&_user=3425963&_pii=S0168851097000547&_origin=&_coverDate=10%2F31%2F1997&_sk=999579998&view=c&wchp=dGLzVlz-zSkzV&md5=71f67a05e376d55b73aab4396c821e09&ie=/sdarticle.pdf>.
- HAUCK, Katharina; SMITH, Peter; GODDARD, Maria – The Economics of Priority Setting for Health Care: A Literature Review. [Em linha]. Washington: The World Bank, 2004. 74p. [Consult. 26 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://siteresources.worldbank.org/HEALTHNUTRITIONANDPOPULATION/Resources/281627-1095698140167/Chapter3Final.pdf>.
- IMPERATORI, Emílio; GIRALDES, Maria do Rosário – Metodologia do Planeamento da Saúde: Manual para uso em serviços centrais, regionais e locais. 3.ª Edição. Lisboa: Edições de Saúde, 1992. 200 p.
- KENNY, Nuala; JOFFRES, Christine – An Ethical Analysis of International Health Priority-Setting. *Health Care Analysis*. [Em linha]. 16:2 (2008) 145-160. [Consult. 7 Feb. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.springerlink.com/content/f0w3v467v3842422/fulltext.pdf>.
- LYTTKENS, Carl – Time to disable DALYs? On the use of DALYs in health policy. [Em linha]. Lund: Lund University, 2001. [Consult. 4 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.nek.lu.se/Ryde/luche99/Papers/lyttkens.pdf>.
- SÁNCHEZ, Fernando; ABELLÁN, José; MARTÍNEZ, Jorge – ¿Como se deben establecer y evaluar las prioridades en salud y servicios de salud? Métodos de priorización y disparidades regionales. Informe 2008 SESPAS. *Gaceta Sanitaria* [Em linha]. 22 (Supl 1) (2008) 126-136. [Consult. 15 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.elsevier.es/sites/default/files/elsevier/pdf/138/138v22nSupl.1a13118097pdf001.pdf>.
- PEREIRA, João; MATEUS, Céu; AMARAL, Maria João – Custos da Obesidade em Portugal. Documento de trabalho 4/99. [Em linha]. Lisboa: Associação Portuguesa de Economia da Saúde, 1999. [Consult. 27 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.apes.pt/files/dts/dt_041999.pdf>.
- PINEAULT, Raynald; DAVELUY, Carole – La planificación Sanitaria: Conceptos, Métodos, Estrategias. 1.ª edición. Barcelona: Masson, S.A. y Salud y Gestión, 1987. 380 p.
- PLATONOVA, Elena [et al.] – Local Health Department Priority Setting: An Exploratory Study. **2010 Public Health Systems Research Interest Group Meeting, Boston 29 June 2010**. [Em linha]. Washington: Academy of Health, [2010?]. [Consult. 6 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.academyhealth.org/files/phsr/PHSR10Platonova.pdf>.
- ROBINSON, Ray – Limits to rationality: economics, economists and priority setting. *Health Policy*. [Em linha]. 49 (1999) 13-26. [Consult. 4 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8X-3XWJMHP-3-3&_cdi=5882&_user=3425963&_pii=S0168851099000408&_origin=&_coverDate=09%2F30%2F1999&_sk=999509998&view=c&wchp=dGLzVlb-zSkWI&md5=2facc2f438749c1ed4502d236215e1b4&ie=/sdarticle.pdf>.

- SABIK, Lindsay; LIE, Reider – Priority setting in health care: Lessons from the experiences of eight countries. *International Journal for Equity in Health*. [Em linha]. 7:4 (2008). [Consult. 12 Mai. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.equityhealthj.com/content/pdf/1475-9276-7-4.pdf>>.
- SEGAL, Leonie; CHEN, Ying – Priority Setting for Health: A Critique of Alternative Models. [Em linha]. West Heidelberg, Victoria: Centre for Health Program Evaluation, 2001. 123 p. [Consult. 8 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL: <http://www.buseco.monash.edu.au/centres/che/pubs/rr22.pdf>>. ISBN 1 87662 39 5.
- TAVARES, António – Métodos e Técnicas de Planeamento em Saúde. Lisboa: Ministério da Saúde - Departamento de Recursos Humanos da Saúde - Centro de Formação e Aperfeiçoamento Profissional, 1990. 223 p.
- TRAGAKES, Ellie; VIENONEN, Mikko – Key issues in rationing and priority setting for health care services. [Em linha]. [S.l.]: World Health Organization, 1998. [Consult. 25 Jan. 2011]. Disponível em WWW:<URL: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/118582/E60144.pdf>.
- UNITED KINGDOM. Department for Communities and Local Government. Multi-criteria Analysis: a manual. [Em linha]. London: Communities and Local Government Publications, 2009. [Consult. 8 Jun. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.communities.gov.uk/documents/corporate/pdf/1132618.pdf>>. ISBN 978-1-4098-1023-0.
- WILSON, Edward; REES, John; FORDHAM, Richard – Developing a prioritisation framework in an English Primary Care Trust. *Cost Effectiveness and Resource Allocation*. [Em linha]. 4:3 (2006). [Consult. 4 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL:<http://www.resource-allocation.com/content/pdf/1478-7547-4-3.pdf>>.
- WISEMAN, Virginia; MOONEY, Gavin – Burden of illness estimates for priority setting: a debate revisited. *Health Policy*. [Em linha]. 43 (1998) 243-251. [Consult. 23 Mar. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://www.sciencedirect.com/science?_ob=MIimg&_imagekey=B6V8X-3T82VBR-K-1&_cdi=5882&_user=3425963&_pii=S0168851098000037&_origin=&_coverDate=03%2F31%2F1998&_sk=999569996&view=c&wchp=dGLbVzW-zSkWI&md5=ddf5d0cb7ec7ce9105959e23cae447a2&ie=/sdarticle.pdf>.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – Programme budgeting and priority-setting: Analytical framework for setting WHO priorities. Report by the Director-General. [Em linha]. Genève: WHO, 1997. [Consult. 4 Abr. 2011]. Disponível em WWW:<URL:http://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/EB101/pdfangl/eb10124.pdf>.

ANEXO 4

Mensagem, enviada por correio electrónico, para alargamento do prazo de resposta

Assunto: Painel de Delphi “Metodologia de Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde”

Exmo. Sr. _____

No âmbito do convite para integrar um painel de Delphi relativo à “*Metodologia de Determinação de Prioridades no Planeamento Regional de Saúde*”, enviado por correio electrónico a 21 de Julho de 2011, solicitamos a sua participação através do preenchimento e envio do questionário em anexo “Painel de Delphi – ronda 1.doc”.

Junto se anexa, ainda, documento explicativo da contextualização, metodologia do trabalho e funcionamento do painel de Delphi (Painel de Delphi – introdução.doc), cuja leitura prévia facilita o preenchimento do questionário.

Agradecendo, desde já, a sua participação, constituindo o seu contributo uma mais valia importante para a finalidade ambicionada, **solicita-se que a resposta seja introduzida até ao próximo dia 4 de Agosto**, tendo sido adiado o prazo de envio das respostas.

Caso verifique algum problema ou queira colocar alguma questão, poderá contactar-nos através do endereço de correio electrónico xxxxx.xxxxxx@xxxxxx.xxx ou através do telefone xxx xxx xxx.

Atenciosamente,

Professor Doutor António Tavares

Raquel Eusébio